



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN**

Yo: **MELISSA PAZMIÑO VILLASEÑOR, CC. 1712587607**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“EL DESEO DE MUERTE DE LA MADRE ENCUBIERTO TRAS LA SOBREPROTECCIÓN DE SU HIJO CON PARÁLISIS CEREBRAL”**. **Estudio de un caso clínico de un niño con parálisis cerebral y su madre realizado en la Fundación Virgen de la Merced en el período enero-mayo del 2013.,** previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2013

**MELISSA PAZMIÑO VILLASEÑOR,**

**CC. 1712587607**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“EL DESEO DE MUERTE DE LA MADRE ENCUBIERTO TRAS  
LA SOBREPOTECCIÓN DE SU HIJO CON PARÁLISIS  
CEREBRAL”**

**ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO DE UN NIÑO CON PARÁLISIS  
CEREBRAL Y SU MADRE REALIZADO EN LA FUNDACIÓN VIRGEN  
DE LA MERCED EN EL PERÍODO ENERO – MAYO DEL 2013.**

**AUTOR: MELISSA PAZMIÑO VILLASEÑOR**

**DIRECTORA: NATHALIA QUIROZ DEL POZO**

**QUITO, 2013**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada a todas las personas que han generado tiempo para su elaboración, a aquellas que me han brindado herramientas, información y espacios de trabajo y finalmente, a aquellas que se han tomado la molestia de revisar sus páginas.

## AGRADECIMIENTOS

A Mila, por su existencia.

A Javier, por ser el soporte fundamental de mi vida.

A Liliana, por su apoyo.

A Oswaldo, por su cariño.

A Sofía, por la complicidad y las risas.

A Julián, por su compañía.

A Bertha, por su mano en momentos difíciles.

A Toty, por la confianza y las letras.

A Blanca, por la sabiduría compartida.

A Gonzalo, por la calidez.

A Teresa, por la confianza.

A Galo, por su cariño y la pintura.

A Natalia, por su guía.

A David Bernal, Carolina Páez, Jennyfer Aguilar, Rebeca Manzanares, y Francisco Hurtado, por estos años de amistad sincera que me hace considerarlos parte de mi familia y sobre todo, por estar a mi lado sin importar hora o distancia.

## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen

Introducción

1.	Pulsión de muerte e Hiperternura.....	1
1.1	Pulsión. Origen y desarrollo en la obra de Freud.....	1
1.1.1	Primera teoría de las pulsiones.....	4
1.1.2	Segunda teoría de las pulsiones.....	7
1.1.3	Pulsión de muerte.....	10
1.2	Hiperternura.....	12
2	La culpa.....	15
2.1	Introducción.....	15
2.2	Origen y desarrollo del concepto de culpa en la obra de Freud....	15
2.2.1	Primera tópica Freudiana.....	17
2.2.2	Segunda tópica Freudiana.....	20
2.2.3	Mecanismos de defensa.....	21
2.3	La ambivalencia afectiva.....	24
2.4	La prohibición.....	25
2.5	Relación de la madre y el hijo.....	26
3	Parálisis Cerebral.....	29
3.1	Descripción.....	29
3.2	Orígenes.....	31
3.3	Diagnóstico.....	32
3.4	Tratamiento.....	34

4	Presentación y análisis del caso clínico.....	35
4.1	Caso clínico.....	35
4.2	Interpretaciones del TAT.....	39
4.3	Interpretaciones del HTP, test de la familia y dibujo libre.....	42
4.4	Observaciones generales.....	55
4.5	Análisis del caso clínico en base al desarrollo teórico.....	56
	Conclusiones.....	61
	Recomendaciones.....	63
	Bibliografía	
	Anexos	

## Resumen

El presente trabajo está presentado en forma de estudio de un caso clínico con el que se pretende identificar ciertos procesos inconscientes que pueden indicar un deseo de muerte de la madre encubriéndolo tras la sobreprotección de su hijo con parálisis cerebral. Tomando como punto de partida los conceptos de pulsión de muerte e hiperternura, que tienen elementos en común, sobre todo el componente agresivo dirigido a los objetos externos o hacia uno mismo.

En el primer capítulo, se exponen los conceptos de pulsión de muerte e hiperternura, con el fin de relacionarlos entre sí y entender la fuerza que opera para que el sujeto tienda a la inanición.

El concepto de culpa, será trabajado en el segundo capítulo, desde sus orígenes y desarrollo a través de la obra de Freud; y las diferentes formas en que la culpa se podría evidenciar en la cotidianidad del sujeto. Se tratará también la ambivalencia afectiva, la relación madre – hijo y la prohibición, cuyo abordaje es fundamental para el entendimiento de la madre en relación con su niño con parálisis cerebral y los deseos ocultos que se tramitan en la psique de la madre evidenciadas de diversas formas a través de mecanismos de defensa inconscientes.

Para el tercer capítulo, se expondrán generalidades y características de la parálisis cerebral, así como el caso clínico de manera anónima, para salvaguardar las identidades de los participantes de la presente investigación. Se describirán los resultados de los test proyectivos aplicados y se redactarán las observaciones referentes al caso.

El anudamiento entre los dos primeros capítulos y el tercero, correspondiente a la parte práctica, será explicitado en el cuarto capítulo, donde se trabajará profundamente en el deseo de muerte de la madre encubierto tras la sobreprotección de su hijo con parálisis cerebral.

Para finalizar esta investigación, se escribirán las conclusiones recogidas del trabajo y la elaboración de las recomendaciones pertinentes, esperando provean las bases para una futura investigación de mayor profundidad.

## Introducción

Muchos textos se han dedicado al estudio y categorización de las distintas discapacidades de una manera más bien fenomenológica; clasificando este gran grupo en 6 principales: discapacidad motriz (física), mental (intelectual), visual, auditiva, de lenguaje y sensorial (OMS, 2012). Cada una de estas discapacidades afecta a los individuos de manera diversa y la forma en que se desenvuelven en su medio dependiendo también del grado en que estos trastornos se manifiesten.

He observado que las personas que padecen una discapacidad en un grado leve, con intervención adecuada y oportuna, pueden lograr un espacio productivo dentro de la sociedad, mientras que esta posibilidad para aquellas personas que padecen discapacidades moderadas o graves, quedan totalmente fuera de su alcance y deben permanecer dentro de sus hogares y frecuentar especialistas que les ayuden a explotar al máximo sus capacidades siendo de cierta manera una “carga” tanto familiar como social.

Para la presente investigación, he seleccionado la Parálisis Cerebral dentro del grupo de discapacidades físicas, porque considero que al ser una condición compleja por su amplia gama de implicaciones tanto físicas como psíquicas, permite observar de mejor manera los procesos inconscientes, conflictivos, que se generan en el cuidador, en este caso la madre con respecto a su hijo.

Antiguamente la parálisis cerebral era conocida como diplejía espástica, rebautizada por Little en 1959 quien la describe como “Un desorden motor aparecido antes de los tres años debido a una lesión neurológica no progresiva que interfiere en el desarrollo del cerebro” (Prieto, 1999 p.13). Esta lesión puede manifestarse de diversas formas produciendo fallas en el lenguaje, en los sentidos, problemas en la movilidad de las extremidades o partes del cuerpo, retraso mental o intelectual y crisis epilépticas sin que estas se manifiesten necesariamente al mismo tiempo en todas las parálisis cerebrales. Los casos más graves presentan tetraparesia, lo que impide totalmente el movimiento y desplazamiento de la persona, además de crisis epilépticas, retardo mental e incapacidad para realizar tareas de supervivencia básicas como



comer por sí mismos, asearse y comunicarse con otros. (Prieto, 1999 p.15) No hay una etiología determinada para este padecimiento, existen factores congénitos y otros que se producen luego de nacido el niño, como la negligencia médica, que pueden dar origen a una parálisis cerebral.

También es importante mencionar que el nuevo niño que viene al mundo está precedido por la cultura y el lenguaje (Lacan, 1971.), una mujer embarazada no solo gesta al nuevo ser, sino también una serie de imaginarios que van a nacer con el niño. El niño imaginario que se ha ido desarrollando en la psique de la madre, se enfrenta al real en el momento en que la madre da a luz y si no son compatibles producen en la madre un desbalance que deberá elaborar a manera de un duelo (Vallejo, 2013). Luego, esta mujer se inicia en su posición de madre que tampoco será como ella lo imaginaba, lo que generará sentimientos ambivalentes hacia su hijo. Ahora, si ese niño que viene al mundo, padece de una parálisis cerebral, será totalmente incompatible con el niño que la madre imaginaba y esto producirá un desbalance aún mayor, pues no estaba preparada para un hijo fallido.

El pensamiento de que su hijo no será productivo para la sociedad, y los sentimientos ambivalentes hacia él, hacen que sienta culpa por no amar a quien vio nacer. Y estos sentimientos hostiles podrían entrelazarse con la pulsión de muerte queriendo acabar con aquel ser, y al no poder ser consumada en su objeto externo por prohibiciones sociales, se revertirían sobre ella provocando que la madre acepte el dolor, el padecimiento, la angustia y el sacrificio para de alguna manera expiar esa culpa angustiante. Además, la hostilidad se transformaría en sobreprotección, en cuidado angustiante, según Freud en *hiperternura*. (Freud, 1913.)

La ambivalencia afectiva entendida como sentimientos opuestos, por lo general amor y odio que se encuentran en constante relación (Chemama, 2002) juegan un papel de extrema importancia dentro de la relación madre hijo, ya que la madre odia a su hijo que ha nacido enfermo pero a la vez lo ama. Estos sentimientos ambivalentes generarán un sentimiento de culpa en la madre que, por un lado, quisiera deshacerse de su hijo pero no puede hacerlo por el amor que siente por él y por las leyes impuestas dentro del marco cultural al que pertenece en el cual, dar muerte a un hijo o privarle de cuidados que le son necesarios para sobrevivir no es tolerable ni aceptado. La sola idea de que el hijo llegase a morir es angustiante para la madre

porque estaría admitiendo el deseo de que su hijo muriera y este saber pone en riesgo la estabilidad del yo de la madre, entonces actúan mecanismos de defensa haciendo que este saber permanezca oculto. La manera de manifestarse la angustia es a través de atenciones sobreprotectoras y ternura compulsiva por medio de las cuales buscaría expiar la culpa de sus deseos mortíferos.

Para la presente disertación se ha realizado un proceso terapéutico de ocho sesiones con la madre de un niño con parálisis cerebral perteneciente a la Fundación Virgen de la Merced. Dentro de estas sesiones se han llevado a cabo entrevistas abiertas con el fin de recolectar información sobre estilo de vida, relación de pareja, relación entre la madre y el hijo, relación entre el padre y el hijo, relación con familia directa (abuelos paternos y maternos), datos generales sobre el niño así como la evolución y pronóstico de su condición. Además se han utilizado herramientas proyectivas como los test TAT y HTP para detectar los siguientes indicadores: hostilidad, ambivalencia afectiva, agresividad, angustia y sobreprotección con el fin de trabajar sobre ellos.

En esta investigación se hace una exposición de los conceptos sobreprotección (Hiperternura) y deseo de muerte (pulsión de muerte) para luego hacer una relación entre ellos, se expone el concepto de culpa y se realiza un recorrido a través de la obra de Freud señalando las vías por las que la culpa se evidencia en la relación de sobreprotección de la madre con su hijo con parálisis cerebral y para concluir se articulan los conceptos que se exponen a lo largo del desarrollo teórico con el caso clínico para así sacar conclusiones y formular recomendaciones que se espera contribuyan dentro del campo de las discapacidades y se puedan extraer ideas para el abordaje en torno a las madres de hijos con parálisis cerebral.

La pregunta que se quiere responder a lo largo de esta disertación es ¿la culpa inconsciente que se produce en la madre a raíz del nacimiento de un niño con parálisis cerebral crea en ella una actitud de sobreprotección que encubre un deseo de muerte del mismo?

Además de responder a la pregunta inicial, se pretende también relacionar la sobreprotección con deseo de muerte, exponer el concepto de culpa y hacer un recorrido a través de la obra de Freud siguiendo las vías por las que la culpa se evidencia en la relación de la madre con su hijo con parálisis cerebral y articular los conceptos que se exponen a lo largo del desarrollo

teórico con el caso clínico para así sacar conclusiones y formular recomendaciones que sirvan de inicio para investigaciones posteriores de mayor profundidad.

## **CAPÍTULO 1: PULSIÓN DE MUERTE E HIPERTERNURA**

### **1.1 Pulsión. Origen y desarrollo en la obra de Freud**

A lo largo del primer capítulo se desarrollarán los conceptos de pulsión de muerte e hiperternura. Es necesario un acercamiento teórico a estos conceptos para intentar comprender el modo en que algunos sujetos se posicionan en sus discursos y la vez, poder percibir algo de lo que se esconde detrás de lo que se dice.

El concepto de pulsión de muerte aparece en la obra de Freud en su texto *Más allá del principio del placer* (1920) en el segundo y definitivo modelo pulsional y para entenderlo, debemos rastrearlo desde sus orígenes; por otro lado, el concepto de hiperternura, se hace presente con fuerza en el texto *Tótem y Tabú* (1913) en el cual Freud se refiere a ella como ternura cruel, asfixiante, mortífera. No se suele hablar de hiperternura como tal, sino que se utiliza el término sobreprotección, que evoca la idea de un cuidado excesivo y agresivo dirigido a otro.

Se utilizará el término hiperternura para mantener la terminología freudiana y se utilizará la palabra sobreprotección como su equivalente para referencias posteriores. Es necesario rastrear el concepto de pulsión desde sus inicios en la obra de Freud, con el fin de ofrecer una visión más amplia sobre las elaboraciones a propósito de este concepto y su consiguiente evolución.

Para Lacan, el concepto de pulsión, es uno de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Junto con el inconsciente, la transferencia y la repetición, constituyen la columna vertebral de la teoría psicoanalítica.

Una primera teoría de las pulsiones fue necesaria para explicar el displacer percibido por el sujeto, no como un estímulo externo, sino interno que produce malestar. En la segunda teoría de las pulsiones, se entiende una reestructuración de las fuerzas en constante tensión, y se evidencia uno de los aportes teóricos más importantes: el concepto de pulsión de muerte que, a su vez, corta con la idea de la primacía del principio del placer.

Freud, en su texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915) se refiere a la pulsión: “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante (*Repräsentant*) psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (Imbriano, 2000. Pág. 272) Mientras que en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) la describe como “la agencia representante (*Rapresentanz*) psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir [...] Así, pulsión es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal [...] en sí, no poseen cualidad alguna, sino que han de considerarse sólo como una medida de exigencia de trabajo para la vida anímica.” (Freud, 1915. Pág. 153).

Se puede ver que entre *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) y el texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915), no varía en mayor medida la teorización respecto a la pulsión, sin embargo, la palabra alemana *Repräsentant* (representante) se reescribe como *Rapresentanz* (agencia representante) con el fin de darle un sentido abstracto a aquello en lo cual actúa la pulsión, con lo que Freud señalaba a esta como energía originada en el interior del sujeto que necesitaba ser agenciada o movilizaba hacia un objeto que permitiera aligerar la tensión y procurara a su vez, una sensación placentera.

Anteriormente, Freud utilizaba términos como excitación, moción afectiva, estímulos endógenos, etc. para referirse a una tensión interna percibida por el sujeto como displacentera. En el texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915) se hace una distinción entre estímulo y pulsión, siendo el estímulo una fuerza que actúa “de un solo golpe”, mientras que la pulsión obedece más bien a una fuerza constante; cuestiones que habían sido trabajadas anteriormente por Freud en el primer artículo sobre las neurosis de angustia en 1895.

Hasta antes de que Freud introdujera el concepto de narcisismo y con él la idea de una libido narcisista o libido yoica además de una libido de objeto; el principal conflicto psíquico se tramitaba entre dos pulsiones: las pulsiones yoicas y la pulsión sexual (la libido). Una posición dualista que no podría sostenerse ya que se teorizaba también sobre pulsiones no necesariamente sexuales, es decir que estas pulsiones no libidinales exigían una reestructuración de la clasificación de las pulsiones como se había planteado hasta el

momento. Es así que en el texto *Mas allá del principio del placer* (1920) Freud elabora el segundo modelo pulsional dentro del cual va a introducir el concepto de pulsión de muerte continuando con la postura dualista adoptada en un principio.

### 1.1.1. Primera teoría de las pulsiones

*Trieb* fue traducido como pulsión por el coloquio de 1984, hasta ese entonces era traducido como instinto, a pesar de las diferencias claves entre ambos términos. El concepto de pulsión apareció como tal en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), sin que signifique que no se haya hecho referencia en publicaciones anteriores; de hecho la pulsión venía siendo trabajada con otros nombres.

En el texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915) es donde Freud va a intentar dar forma al concepto de pulsión luego de haberse producido algunos virajes y variaciones sobre el mismo a lo largo en su obra. A pesar de que el modelo pulsional propuesto que el mismo texto no será el definitivo, es de suma importancia para explicar fenómenos psíquicos y adentrarse aún más en el terreno de lo inconsciente.

Para definir a la pulsión, Freud hace uso de la fisiología desde donde contrasta la pulsión y el arco reflejo con fines enteramente didácticos pues, deja en claro que la pulsión no es de ninguna manera equiparable a un estímulo psíquico y que es importante reconocer a aquellos estímulos que vienen del exterior y los producidos desde el interior del sujeto.

Al contrario de un estímulo que tiene una duración pasajera y que una simple operación motriz podría calmar la molestia causada por el estímulo, la pulsión es constante y se necesita operaciones más complejas para satisfacerla, pues este malestar tendría incidencia directa en los procesos psíquicos; además, la tensión demanda una satisfacción inmediata. “el sistema nervioso es un aparato al que le está deparada la función de librarse de los estímulos que le llegan, de rebajarlos al nivel mínimo posible; dicho de otro modo; es un aparato que, de ser posible, querría conservarse exento de todo estímulo” (Freud, 1915 pág.115). Para liberarse de aquellos estímulos externos a los que Freud hace referencia, se requieren movimientos corporales que eliminan el estímulo rápidamente obteniendo una sensación de placer; por otro lado las pulsiones, a pesar de ser originadas internamente no pueden ser tramitadas en su lugar de origen. Estas pulsiones deben encontrar la vía por la cual obtener placer con el fin de bajar la tensión producida desde el interior, formando un vínculo entre placer y displacer. En otras palabras, la tensión genera displacer que debe ser tramitado.

La pulsión se caracteriza por el esfuerzo, la meta, el objeto y la fuente. El esfuerzo es la fuerza, el motor que ella representa pues toda pulsión exige una actividad y un desgaste energético. La meta de la pulsión será siempre la satisfacción y como la pulsión no puede ser cancelada por completo se buscan satisfacciones sustitutivas que intentan llevar al mínimo la sensación de displacer. El objeto es lo más variable dentro de la teoría de las pulsiones pues a diferencia del instinto, que tiene un objeto determinado para cada sensación displacentera corporal (el hambre y la comida por ejemplo), la pulsión no tiene un objeto predeterminado, puede ser externo o una parte del propio cuerpo; además un mismo objeto puede actuar como vía de satisfacción para varias pulsiones parciales.

La fuente de la pulsión es incierta, solo se puede tener noticia de ella por las metas que persigue y la forma en que las alcanza. La fuente de la pulsión no compete a la psicología y podría estar originada en un componente somático (Freud, 1915). Freud dividió a las pulsiones en dos grupos: pulsiones yoicas o de autoconservación y pulsiones sexuales. Esta dualidad pulsional da cuenta de un conflicto constante entre fuerzas que en un inicio se pudieron ver en los casos de neurosis obsesiva e histeria, dentro de los cuales lo sexual confrontaba los requerimientos del yo.

Las pulsiones sexuales son aquellas que surgen de diferentes partes del cuerpo, en un inicio se perciben por separado (cuando el bebé comienza a percibir su propio cuerpo como suyo y lo diferencia del de la madre) aspirando al placer y el principio de conservación de la especie viene más adelante cuando el sujeto está biológicamente maduro como para poder engendrar un nuevo ser. Las vías que la pulsión sexual toma pueden ser de diversa índole siempre y cuando se procure la satisfacción y la obtención de placer, cuando una pulsión no puede ser tramitada, puede tomar una vía sustitutiva cuyo fin no sea sexual, es decir que puede sublimarse y realizarse como una actividad de provecho social. Los destinos de las pulsiones pueden reconocerse como el trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia sí mismo, la represión y la sublimación, siendo estos también métodos de protección frente a la pulsión brindando satisfacciones sustitutivas al sujeto.

El sujeto hace así una distinción entre él y lo que no es él, al inicio la pulsión es autoerótica por lo que el sujeto no necesita de algo externo que le provea placer, hasta que en



cierto momento siente sensaciones corporales displacenteras que son calmadas por objetos externos. Es entonces donde la introyección de estos objetos permite que el sujeto salga de esa posición enteramente narcisista y busque fuera de sí elementos que calmen la tensión pulsional y al mismo tiempo, comienza a sacar fuera de sí aquello que le hace sentir malestar.

La introyección de objetos externos viene a entrelazarse con los sentimientos de amor y odio hacia los objetos que producen placer o displacer. El pecho materno es el primer objeto de amor y a la vez el primer objeto de odio al no acudir al instante en que el bebé siente hambre. El objeto amado es digno de conservación, mientras que el objeto odiado es blanco de agresión y la meta última sería eliminar el objeto, a pesar de que el miedo al que se enfrenta el sujeto es a la pérdida de amor del otro, por lo cual no le está permitido aniquilar el objeto. Freud coloca al odio como primordial y al amor como secundario puesto que en un inicio el sujeto es enteramente narcisista y posteriormente redirige toda esa investidura hacia el exterior. La ambivalencia afectiva es la base de las relaciones entre el yo y el objeto. Freud concluye esta primera teoría de las pulsiones comentando que uno de los destinos de la pulsión es la represión, así el sujeto se asegura de no perder el amor del otro y a la vez, permite que el sujeto pueda vivir en sociedad.

### 1.1.2. Segunda teoría de las pulsiones

Esta segunda teoría se formula a partir del texto *Más allá del principio de placer* (1920). La elaboración del segundo modelo se basó en un inicio en la experiencia clínica de Freud que dejaba entrever ciertas contradicciones entre el actuar y el decir de los pacientes y la búsqueda de bienestar. Por ejemplo, podía observar una cierta tendencia del sujeto a repetir en varias ocasiones sucesos traumáticos y además, con la relación terapéutica negativa da cuenta que a pesar del deseo expreso y consciente de curación que el sujeto puede manifestar, existe una fuerza que al mismo tiempo mantiene su sufrimiento. Es decir, que mantiene el síntoma a pesar de ser displacentero lo cual vendría a suponer una primera objeción hacia el principio de placer señalando que no es exclusivo y que existirían otras fuerzas que limitan su curso.

El principio de placer actúa desde una base económica, es decir que lo que busca es reducir al mínimo las sensaciones displacenteras y al mismo tiempo obtener el máximo placer. Con respecto a esta forma de economía psíquica hace un aporte fundamental: “[...] de cada movimiento psicofísico que traspasa el umbral de la conciencia se halla tanto más revestido de placer cuanto más se acerca a la completa estabilidad, a partir de determinado límite, o de displacer cuanto más se aleja de la misma, partiendo de otro límite distinto. Entre ambos límites, y como umbral cualitativo de las fronteras del placer y el displacer, existe cierta extensión de indiferencia estética...” (Freud, 1915. pág. 115), donde se empieza a ver a la estabilidad como esta pasividad absoluta o una inacción que permitiría que la tensión interna del sujeto sea la mínima posible, constantemente.

Para Freud, un dominio absoluto del principio de placer no era sostenible, en el día a día de los sujetos, a pesar de la tendencia hacia la búsqueda de placer, los resultados no siempre eran placenteros. Entonces supuso que debían existir otros factores que intervendrían en la búsqueda de placer como son el principio de realidad, que toma en cuenta los límites externos y las exigencias del medio; los conflictos entre el yo y las pulsiones sexuales, que en un inicio fueron la primera teoría sobre las pulsiones dentro de las cuales, lo percibido como displacentero por el yo, es la satisfacción que la pulsión alcanza bajo la forma de satisfacción sustitutiva del síntoma (Panés, 2012. Pág. 4) y el displacer de percepción que hace referencia a

aquello que produce la represión, en este caso es el malestar percibido por el sujeto a causa de un peligro que el aparato psíquico se esfuerza en mantener oculto.

Para objetar la supremacía del principio de placer, Freud hace referencia a las neurosis traumáticas dentro de las cuales las repeticiones de lo traumático, sobre todo en las representaciones oníricas, que tenían como función la realización de deseos, no generan placer a menos que estas representaciones estuvieran ligadas a las “misteriosas tendencias masoquistas del yo” (Freud: 1920, pág. 6.). Además señala contradicciones con el principio de placer en los juegos infantiles como en el Fort – Da donde la pérdida intencional del objeto no resulta placentera.

Dentro de este texto, realiza observaciones biológicas y psíquicas utilizando para esto el ejemplo de la vesícula, que representaría lo interno y lo externo; cuando se refiere a estímulos externos, propone que en algún momento la parte superior de la vesícula podría quedar lacerada o quemada y que de alguna manera se podría crear una protección ante tales estímulos refiriéndose a los mecanismos de defensa que la psiquis del sujeto podría generar para protegerse de amenazas externas y que por lo contrario no existiría protección frente a los estímulos internos haciendo referencia a la excitación pulsional de la cual no se puede escapar; entonces el aparato psíquico debe recurrir a la proyección, haciendo que las excitaciones pulsionales percibidas como displacenteras, sean tramitadas como si viniesen del exterior con el fin de protegerse. Freud llama a estas excitaciones internas pulsiones del organismo y las propone como las más importantes y a la vez las más oscuras de la investigación que lo ocupa.

Los impulsos pulsionales parten del inconsciente y corresponderían a los procesos psíquicos primarios, este impulso psíquico exige satisfacción, es lo que produce malestar y tensión en el sujeto, entonces la pulsión debe ser ligada a un objeto por lo general externo, para poder ser transferidas a un proceso secundario y lograr así su satisfacción parcial o la dominación de la pulsión.

Las pulsiones tienden a reconstruir un estado anterior, es decir que la meta de las pulsiones es regresar a un estado de inactividad absoluta que precedió a la vida, estabilidad a la que hacía referencia Fechner y este estado no es más que la muerte introduciendo así otro concepto: pulsión de muerte. (Panés, 2012. Pág. 28)

Luego de plantear el concepto de pulsión de muerte, Freud liga las pulsiones sexuales a las de muerte cuestionándose su función, pues en apariencia las pulsiones sexuales tendrían un matiz completamente distinto y llega a la conclusión de que dentro del cuerpo, las células germinativas son aquellas que se conservarán con más celo, pues estas son las encargadas de mantener la vida, al contrario de las otras células que están destinadas a la caducidad, y estas pulsiones de vida estarán en continua oposición a las pulsiones de muerte.

Aún luego de haber realizado esta segunda teorización sobre las pulsiones, el dualismo pulsional generador de malestar seguía manteniendo su estructura con la excepción de que a partir de este segundo momento, las fuerzas que se mantendrían en contraposición serían: pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

### **1.1.3. Pulsión de muerte**

El concepto de pulsión de muerte levantó críticas, rechazo y cierto malestar dentro del movimiento psicoanalítico pues lo que se había formulado hasta entonces, daba cuenta de una dinámica regida por el principio del placer. Por lo que no era aceptable teorizar sobre una fuerza que actuase en contra de este principio y a su vez proponer que los sujetos tienden a la muerte y a buscar un estado de inanición que precedía su existencia.

El sujeto buscará incansablemente la satisfacción para la tensión pulsional que nunca quedará satisfecha del todo, siempre habrán satisfacciones sustitutivas y a pesar de que aparentemente el sujeto tiende a la superación y al crecimiento personal, no existiría una pulsión que lo llevase a tales objetivos, sino que la pulsión encontraría nuevos destinos por los cuales tramitarse haciendo que el crecimiento social y la evolución no sean más que un efecto de estas satisfacciones pulsionales.

La noción de muerte también es trabajada por Freud para asentar su propuesta de un dualismo entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte, haciendo referencia a la muerte natural y a la ilusión de inmortalidad que los sujetos llegan a tener en base a ciertas especies vegetales y animales, además de organismos unicelulares refiriéndose a lo orgánico, para luego hacer un giro y proponer a la pulsión de muerte como aquello que dentro del psiquismo va minando y descomponiendo al sujeto, inundándolo y haciéndolo propenso a colapsos internos y a una posible desestructuración que se daría al no poder tramitar todo aquello que la pulsión de muerte produce. Son las pulsiones de vida las que impiden que el sujeto se desestructure y busca subrogar a la pulsión de muerte con el fin de mantener la dinámica y el gasto energético resultante.

Para una mejor elaboración del concepto de pulsión de muerte, Freud se refiere al sadismo y al masoquismo introduciendo al amor objetal mediante el cual analiza la forma en que la pulsión se manifiesta. Con respecto al sadismo formula que “la hipótesis más admisible es la de que este sadismo es realmente una pulsión de muerte, que fue expulsada del yo por el influjo de la libido narcisista; de modo que no aparece sino en el objeto.” (Panés, 2012. Pág. 32). Es decir

que el yo exterioriza la agresión producida por la pulsión de muerte y la coloca sobre un objeto externo.

Por otro lado, el masoquismo es la pulsión de muerte volcada sobre el mismo sujeto, es decir que se vuelve sobre el yo en una suerte de regresión que lo colocaría en una posición primaria que se caracteriza por proporcionar placer de una manera más intensa de lo que puede llegar a producir una posición secundaria, donde lo placentero ya se ha tramitado y cuya percepción es aparentemente más débil.

La pulsión de muerte operaría entonces como una tendencia interna del sujeto hacia la inanición, hacia la muerte. El miedo que el sujeto siente hacia la muerte, hace que esta sea completamente imperceptible a la conciencia y es la base fundamental de su rechazo. Por otro lado, las pulsiones de vida son percibidas con mayor claridad por la conciencia por el nivel tensional que traen consigo y la necesidad de satisfacción inmediata.

“es también harto extraño que las pulsiones de vida sean las que con mayor intensidad registra nuestra percepción interna, dado que aparecen como perturbadoras y traen incesantemente consigo tensiones cuya descarga es sentida como placer, mientras que las pulsiones de muerte parecen efectuar silenciosamente su labor. El principio de placer parece hallarse al servicio de las pulsiones de muerte, aunque también vigile a las excitaciones exteriores que son consideradas como un peligro por las dos especies de pulsiones, pero especialmente a las elevaciones de excitación procedentes del interior, que tienden a dificultar la labor vital.” (Freud: 1920. Pág. 61)

## 1.2. Hiperternura

El término hiperternura es utilizado por Freud en su texto *Tótem y Tabú* (1913) para referirse a un choque entre la ternura consciente percibida por el sujeto y una corriente hostil inconsciente que al entrar en relación produce un incremento de la ternura y esta se exterioriza como angustia compulsiva con el fin de mantener reprimida la corriente de hostilidad.

“Aflora dondequiera que además de la ternura dominante existe una corriente contraria, pero inconsciente, de hostilidad, vale decir, donde se realiza el caso típico de la actitud ambivalente de sentimientos. Y esa hostilidad se denuncia a gritos por un aumento hipertrófico de la ternura, que se exterioriza como estado de angustia y se vuelve compulsiva porque de otro modo no podría cumplir su tarea de mantener en la represión a la corriente contraria inconsciente”. (Freud, 1913 p.18).

Un término equivalente a la hiperternura de Freud es sobreprotección. Pues en ambas existe de base amor hacia otro, que al incrementarse excesivamente se vuelve nocivo, asfixiante y sus consecuencias pueden ser de diversos tipos. El predominio por usar el término hiperternura en lugar de sobreprotección radica fundamentalmente en el origen etimológico de estas dos palabras: el sufijo *hiper* de la raíz griega y la preposición *sobre* proveniente del latín *super* que son usados generalmente en palabras compuestas y teniendo el mismo significado señalan un exceso, un aumento, o encima de, etc.

No existe información respecto del origen del sustantivo protección, por lo que debemos dirigirnos al verbo proteger, formado por el sufijo *pro* que significa ir hacia adelante, a favor de y el verbo de la raíz latina *tegere* que significa cubrir o proteger. Sin embargo, la palabra protección es usualmente usada para referirse a una estructura sólida que genera o proporciona un espacio para cubrirse de algo, y luego en lenguaje común se expresa como una protección para alguien sobre algo. Tomando en cuenta el origen del verbo latín *tegere* del cual nace el término griego *stegos* que significa techo o cobertizo hace que también exprese el sentido de cubrir, en tanto protege la superficie sobre la que se encuentra, sobreprotección.

El origen de la palabra ternura tiene una historia peculiar y gracias a la cual se genera la diferencia en la utilización de la palabra hiperternura por encima de sobreprotección. La

palabra ternura está compuesta de raíces latinas y sus componentes léxicos son *terno* del cual derivan palabras como tierno, delicado, blando y el sufijo *ura* que significa actividad o resultado. Más aún, antaño la voz latina ágape hacía referencia a las comidas fraternales en las que participaban los primeros cristianos y representaba esta unión de hermandad, fraternal, parental y además ágape en griego significa amor y ternura. Origen cuya historia mantiene una relación más significativa para el abordaje de la presente disertación.

La palabra sobreprotección es utilizada con mayor frecuencia en la actualidad al hacer referencia a una preocupación excesiva, por lo general de algunos padres hacia sus hijos. Cuando estos padres manifiestan un interés enfermizo por sus hijos, desconfían de ellos, intentan involucrarse en todas sus actividades e impiden que se desenvuelvan por si mismos fuera del hogar, se puede hablar de sobreprotección. (Flores, 2012).

Es importante tomar en cuenta que las consecuencias de un cariño sobre dimensionado de los padres a los hijos, pueden tener distintos matices y niveles. Puede evidenciarse desde una conducta difícil de corregir en el niño, hasta una completa dependencia de este hacia sus padres.

Algunos niños tienden a experimentar dificultades para realizar tareas cotidianas, así como para hacer vínculos externos al núcleo familiar. Eventualmente por exigencias sociales, los niños deberán enfrentarse al mundo escolar donde experimentarán problemas adaptativos al no tener toda la atención de los profesores como la tienen de sus padres.

Una vez adultos, el campo laboral también representará un reto para quienes han sido sobreprotegidos pues tienden a tener una baja tolerancia ante situaciones frustrantes y pueden devenir adultos irritables y agresivos. Por otro lado, las relaciones interpersonales y la elección de pareja podrían verse guiadas por la figura devoradora de la madre, buscando en sus parejas un amor enfermizo y asfixiante.

Cuando son las madres quienes mantienen a sus hijos en casa usando como pretexto los peligros de las calles, o les causa una gran angustia que sus hijos se ensucien por miedo a las bacterias que podrían ocasionarles enfermedades, están mostrando una poderosa corriente hostil que lucha por hacerse consciente.(Freud, 1913)



La hiperternura no solo se manifiesta en la relación entre padres e hijos, puede reconocer también en las relaciones de pareja y en toda relación de proximidad donde se pone en juego esta ambivalencia afectiva.

## **CAPÍTULO 2: LA CULPA**

### **2.1. Introducción**

En este capítulo se abordará la culpa como concepto fundamental desde el cual, se podrán explicar los virajes discursivos de algunas madres frente a sus hijos con capacidades especiales. El sentimiento de culpa, de cierta manera, obliga a la moción pulsional agresiva a mantenerse oculta con el fin de mantener un equilibrio en el aparato psíquico, porque tener noción de los propios sentimientos hostiles hacia un hijo equivaldría a una descompensación psíquica, que a su vez, produciría un malestar mayor.

Al mantener inconscientes estas sensaciones hostiles, el aparato psíquico busca la manera de liberar esta energía pulsional por medio de objetos sustitutivos y formaciones reactivas.

Por esta razón, se consideró oportuno realizar un recorrido del concepto de culpa a través de la obra de Freud, pretendiendo exponer con la mayor claridad posible sus más importantes teorías a propósito del aparato psíquico y los mecanismos que éste utiliza para protegerse de un saber inconsciente.

### **2.2. Origen y desarrollo del concepto de culpa en la obra de Freud**

El sentimiento de culpa en psicoanálisis es un sentimiento inconsciente que aparece en el sujeto en forma de reacción que se genera al pensar que sus actos pueden ser evaluados y juzgados como adecuados e inadecuados por una entidad que se considera superior (Chemama, 1998).

La entidad superior que evalúa las acciones y pensamientos del sujeto es el superyó, instancia crítica y punitiva con respecto al yo e introduce la culpabilidad en el yo (Freud, 1923). Es la noción de superyó la que conduce a Freud a atribuir al sentimiento de culpa un papel más general en el conflicto defensivo y en proceso del complejo de Edipo.

El sentimiento de culpa se manifiesta en la relación del yo con el superyó, siendo este heredero del complejo de Edipo; dependerá exclusivamente de cada sujeto la construcción del superyó como instancia reguladora del yo basándose en la resolución del complejo de Edipo. “El superyó conservara el carácter de padre, y cuanto más intenso fue el complejo de Edipo y más rápido se produjo la represión [...], tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como conciencia moral, quizá también como sentimiento inconsciente de culpa sobre el yo.” (Freud, 1923. Pág. 36)

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, gran parte del sentimiento de culpa es generalmente inconsciente, pues la aparición de la conciencia moral se halla íntimamente relacionada al complejo de Edipo, de aquí que en la culpa se manifiesta una intención inconsciente que se traduce en angustia provocada por el conflicto en la ambivalencia de sentimientos, lo que obliga al sujeto a buscar la manera de tolerarla y coexistir con ella.

En el texto *Tótem y Tabú* (1913), se desarrolla el concepto de culpa por la posibilidad de realizar acciones que, de alguna manera, puedan dañar la figura sagrada o Tótem representante de la ley y al mismo tiempo la transgresión a la misma. Surgen así los preceptos Tabú o prohibiciones, sin un origen determinado pero que se deben seguir sin cuestionamientos porque al ser transgredidos, sea con acciones o con el pensamiento, el sujeto responsable de la transgresión recibiría un castigo divino.

En el mito de la Horda Primitiva, se describe el origen del sentimiento de culpa por el parricidio. Dar muerte al padre, implicaría ocupar su lugar y obtener los beneficios que ese lugar ofrece y a su vez implica un constante peligro de que su posición pueda ser tomada por otro (Freud, 1927).

Freud afirma que la culpa se puede percibir en los neuróticos, tomando como ejemplo a Dostoyevski y su novela *Los hermanos Karamazov* donde explica que la culpa no solo se manifiesta en el sujeto luego de haber realizado una acción sentida como inadecuada o incorrecta, sino también se puede generar a través de los pensamientos que, para el sujeto, resultarían lo mismo el pensar que el hacer. Entonces el síntoma del neurótico y la culpa que se gesta constantemente en él es producto del pensamiento y el temor al castigo que puede venir luego.

Según el Diccionario de Psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean Bertrand Pontalis (2004), la tónica es una teoría o punto de vista que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características o funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí, permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada. Dentro de la teoría psicoanalítica se habla de dos tónicas, la primera en que se establece una distinción fundamental entre inconsciente, preconscious y consciente, y la segunda que distingue tres instancias: el ello, el yo, el superyó.

Puede creerse que las tónicas se contradicen entre ellas puesto que muchos de los conceptos dan la impresión de ser trabajados en forma separada o individual. Todos los conceptos psicoanalíticos deben considerarse en forma conjunta, su estudio individual corresponde simplemente a ser separados en su razón de estudio. La intención de recorrer las tónicas freudianas por separado es poder entender la culpa y su relación con el inconsciente.

### **2.1.1. Primera tónica freudiana (1915)**

Freud basa sus observaciones y modelos en símiles extraídos de los modelos físicos, especialmente del modelo termodinámico para poder explicar lo que es el aparato psíquico y usa el término aparato psíquico para resaltar ciertos caracteres que le atribuye al psiquismo como: capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias. (Laplanche, 2004). La primera tónica se crea en el libro de *La interpretación de los sueños* en 1900.

Inicialmente, una de las características del aparato psíquico es la de mantener un balance en la tensión (placer-displacer) de la energía interna de un organismo. Esto significa que éste debe mediar entre energías internas y energías externas las cuales alteran el status quo de la energía interna. Sin embargo, Freud para poder explicar el funcionamiento del aparato psíquico recurre a los siguientes sistemas que conformarán la base de la primera tónica y son: inconsciente, preconscious y consciente. Cada uno de estos posee su función, su proceso, su energía y su representación. Antes de explicar los diferentes sistemas, cabe mencionar que

Freud introduce un esquema para explicar estos sistemas y en el borde o límite de cada uno sitúa a las censuras cuya funcionalidad es inhibir o controlar el paso de un sistema al otro.

El sistema consciente es la parte del aparato psíquico que se encuentra lo más próximo al mundo exterior y que al mismo tiempo está en contacto con el mundo interior (a través del preconscious). Reúne características como la percepción, el dominio y el control del pensamiento y el razonamiento. Con este sistema se puede evocar las impresiones del exterior por medio de los sentidos, sensaciones de placer-displacer, y los recuerdos provenientes del mundo interior.

Este sistema es de gran importancia porque entre otras características se expresan los mecanismos de defensa que son catalizadores que mantienen a distancia las representaciones traumáticas. Freud destaca que lo que se encuentra en el sistema consciente es en parte un producto que fue inconsciente y por lo tanto la “cura” se direcciona a movilizar esos contenidos inconscientes hacia lo consciente.

El sistema preconscious se encuentra entre el sistema consciente y el sistema inconsciente y es el mediador tanto para uno como para otro sistema. Éste sistema percibe los pensamientos y vivencias que no son conscientes, pero que pueden convertirse en tales. Esto significa que los contenidos que se encuentran en el sistema preconscious no están presentes en el sistema consciente en un momento, pero son accesibles a la consciencia porque pueden ser evocados con relativa facilidad y que no han sido rechazados por la represión siendo la diferencia con los contenidos del sistema inconsciente.

El sistema inconsciente corresponde a la parte más arcaica del sujeto, se rige por el principio del placer y por lo tanto el sistema busca ir hacia este principio. Los contenidos del sistema inconsciente son inaccesibles a la consciencia en tanto el sistema preconscious funciona como filtro gracias a las censuras que se encuentran entre los límites de cada sistema, además, en este sistema, sólo existen contenidos que han sido atravesados por la acción de la represión, es por esto que los contenidos del sistema inconsciente no pueden llegar a la consciencia como tales, lo hacen a través de las formaciones del inconsciente: síntomas, sueños, actos fallidos, olvidos, etc.

Este sistema posee algunas características que le otorgan su singular modo de acción por ejemplo el proceso primario, esto es: la ausencia de cronología, lo que permite al sistema inconsciente que los hechos se presentan carentes de una secuencia real o lógica, y la no contradicción, lo que significa que frente a una misma representación se pueden sentir afectos de amor y odio al mismo tiempo.

### **2.1.2. Segunda tópica Freudiana (1920-1923)**

En la obra de 1923 llamada *El Yo y el Ello* en la que se expone la condición estructural del psiquismo con la introducción de las instancias intrapsíquicas: ello, yo y superyó.

El ello está constituido en su totalidad por pulsiones, por lo tanto está sujeto y responde al principio del placer, se presenta de forma independiente, desorganizada, no obedece a la lógica consciente y está sometido al proceso primario del aparato psíquico. Al responder al principio de placer trata de satisfacer a las tensiones, buscando la satisfacción inmediata. Es el reservorio de las pulsiones, contiene la energía psíquica tanto la erótica o libidinosa como la destructiva o agresiva. (Freud, 1923)

La principal característica del yo es la de coordinar los impulsos internos y tratar que estos sean expresados en el exterior sin causar un conflicto, no obstante al ser la instancia central y mediadora del aparato psíquico responde a cada una de estas instancias. Es también la sede de la angustia, de los mecanismos de defensa y la expresión de los síntomas. El yo se origina por los procesos de identificación de ciertos rasgos de los padres en el proceso del complejo de Edipo.

El ello al tratar de satisfacer las pulsiones y regresar a ese estado de no-tensión se enfrenta al principio de realidad. El yo en un inicio es puro ello, pulsiones aisladas que buscan la satisfacción inmediata y el desarrollo del Yo es el resultado de tres factores: las características del yo hereditario, los influjos de los impulsos instintivos y el influjo de la realidad exterior.

El superyó es la instancia psíquica formada por los mandatos prohibitivos de los padres a través del proceso de identificación con estas figuras. Esta instancia toma la función de juez o censor del yo y su acción se manifiesta a través de la conciencia moral, la autocrítica, la culpa y la prohibición, y de este modo es la instancia represora por excelencia, esta se opone a la gratificación de las pulsiones y está en concordancia con el principio de realidad. El superyó también contribuye a la formación del ideal del yo que representa al criterio por el cual el yo se mide a sí mismo buscando el ser cada vez mejor. (Freud, 1923)

## 2.2. Mecanismos de defensa

Dentro de la teoría psicoanalítica, los mecanismos de defensa surgen en respuesta a las censuras del súper yo, es decir que estos tienen la función de mantener fuera del alcance de la consciencia aquello que puede llegar a ser desestructurante o amenazante para el sujeto.

Los sujetos podemos experimentar situaciones con una carga emocional demasiado intensa que excede la capacidad de nuestro aparato psíquico, por lo que este tiende a buscar una manera de tramitar el evento acometedor para que los sujetos podamos seguir sosteniéndonos en la existencia.

Varios autores han trabajado estos mecanismos además de Sigmund Freud (1894), entre ellos Anna Freud, Alfred Adler y Melanie Klein, quienes hicieron aportaciones importantes. La característica principal de estos mecanismos de defensa es el ser inconscientes, el sujeto no es consciente cuando estos actúan y sólo se puede saber de ellos por los efectos que producen a posteriori.

Los mecanismos de defensa propuestos por Anna Freud (1980) son: aislamiento (intelectualización), negación, represión, ascetismo, desplazamiento (redirección), proyección (desplazamiento hacia afuera), rendición, formación reactiva (creencia en lo opuesto), anulación retroactiva, introyección (identificación), regresión, racionalización y sublimación.

La negación consiste en un bloqueo de situaciones externas consideradas inaceptables para el sujeto, este deja de ver la realidad objetiva y omite aquello que le es insoportable.

La represión, también llamada “olvido motivado” por Anna Freud, consiste en la incapacidad de recordar un evento, una persona o cualquier representación relacionada con una fuerte carga emocional por lo general traumática.

El ascetismo consiste en renunciar a todo deseo, entre ellos los deseos sexuales. Es un mecanismo de defensa poco común pero se ha incrementado en los últimos tiempos para explicar fenómenos como la anorexia.



El aislamiento consiste en la separación de un evento en imagen y afecto. Es decir que en caso de un evento traumático, se puede recordar lo que sucedió pero la sensación o la importancia que se le brinda a dicho evento no es compatible con su magnitud.

El desplazamiento consiste en dirigir un impulso hacia un objeto diferente del que motiva en un inicio ese impulso. Por ejemplo el odio hacia el padre puede ser desplazado hacia los hombres en general.

La proyección es la tendencia a ubicar en otros sujetos, los rasgos que no queremos o no podemos aceptar o reconocer en nosotros mismos.

La rendición se puede entender en un sentido altruista, lo que se buscaría es llenar las carencias propias a través del altruismo hacia otros sujetos.

La formación reactiva consiste en transformar en sentimiento en su contrario, por ejemplo un odio acentuado hacia la madre puede hacer que el hijo se vuelque hacia ella y la trate con más dulzura de lo que se esperaría.

La anulación retroactiva tiene la función de cancelar pensamientos o sentimientos displacenteros por medio de rituales, bastante común en las neurosis obsesivas.

La introyección consiste en encofrar características de objetos para aminorar la tensión que puede provocar una situación. Por ejemplo un niño constantemente abandonado puede introyectar características del padre para no sentirse desprotegido.

La regresión consiste en retroceder a etapas tempranas del desarrollo en busca de contención y satisfacción con sensaciones más primitivas.

La racionalización consiste en una distorsión cognitiva de un evento para hacerlo mas tramitable o explicable.

La sublimación consiste en transformar los impulsos censurables por el super yo, en algo culturalmente aceptable como la pintura, la música y la literatura. (Freud, Anna. 1980).

El aparato sujeto puede, en algún momento, hacer uso de uno o varios de estos mecanismos de defensa cuando se enfrenta a situaciones que sobrepasan su capacidad de adaptación y su yo amenaza con desequilibrarse.

Por lo general, la angustia es un signo claro de que algo no anda bien y esta sensación es la razón por la que un gran porcentaje de sujetos buscan ayuda profesional. El reconocimiento de los mecanismos de defensa, ayuda a los profesionales de la salud mental a encontrar aquellos puntos conflictivos en los discursos de los sujetos, permitiéndoles enfrentarse a aquello que ha sido reprimido y que opera por otro medio.

### 2.3. La ambivalencia afectiva

La ambivalencia de sentimientos es explicitada por Freud de una forma bastante clara en *Tótem y Tabú* (1913). Hace referencia al Tabú y su carácter sagrado, la prohibición que se genera alrededor del mismo y la impureza a la que se llegaría si se violase esta restricción.

Existen dificultades en la traducción del término pues tiene significados contradictorios, por un lado representa lo sagrado y por otro lo terrorífico, lo ominoso y lo prohibido. Sin embargo, para Freud, son prohibidos per sé y su violación implica un castigo. Se exige una veneración hacia el objeto persona-objeto tabú y al mismo tiempo este debe ser temido. Así la posición de ambivalencia se establece haciendo que el mismo objeto sea amado y odiado. (Freud, 1913. Pág. 33)

Se puede entender la ambivalencia afectiva desde el momento en que el primer objeto de amor (el seno materno) satisface al niño cuando llora, por eso se vuelve un objeto amado; aunque este no siempre estará cuando el niño lo pide, haciendo que el mismo objeto que ama, también le produzca tensión y angustia al demorarse en acudir, con lo cual los sentimientos de hostilidad se manifiestan (Chemama, 1998).

Por otro lado, el complejo de Edipo da cuenta de esta ambivalencia afectiva cuando, al establecerse la prohibición del incesto y dar paso a la identificación del niño con el progenitor del mismo sexo, es necesario que este aprenda a tolerar y a amar a la misma persona que en un inicio percibió como su rival y sintió hostilidad hacia él.

## 2.4. La prohibición

Dentro de esta investigación, la prohibición es un tema fundamental pues es en torno a esta que gira la tensión que se produce entre el querer hacer y el miedo de hacerlo, además de la culpa que se produce por el solo hecho de pensar en transgredir alguna prohibición ya sea que esté impuesta desde una entidad social reguladora como las leyes o si se produce dentro del sujeto simulando un tabú, sin un origen determinado y tampoco una lógica que sustente la prohibición.

Por ejemplo la prohibición del incesto, como base de la sociedad se evidencia en las formas más primitivas de tribus y pueblos. Esta prohibición no tiene un origen claro pero es vital no transgredirlo pues el castigo no se puede evitar, siendo el miedo más fuerte que el placer. Los sujetos se cuidan de hacer algo que pudiera desatar la furia de alguna entidad superior o que la misma acción se vuelva contra ellos.

Lo que Freud propone es que se prohíbe lo que se desea, o más bien, que se prohíbe porque se desea y hace una correlación entre el tabú y las neurosis obsesivas dentro de las cuales juega un papel importantísimo la ambivalencia afectiva del sujeto hacia un objeto el cual le produce el máximo de satisfacción pero que al mismo tiempo le provoca repulsión.

La prohibición está estrechamente relacionada con la aparición de la conciencia moral o súper yo y la tensión entre lo que el sujeto quisiera hacer y lo que la sociedad espera de sus acciones; los pensamientos que el sujeto llegue a tener van a pasar necesariamente por este filtro y es por esa razón que pueden producir malestar al ser intolerables para el sujeto por sentirse responsable de dichos pensamientos; de esta manera estos pensamientos prohibidos deben ser reprimidos o buscar de alguna manera una satisfacción sustitutiva.

“La prohibición es expresa y consciente, en cambio, el placer de contacto, que perdura, es inconsciente: la persona no sabe nada de él” (Freud, 1923 p. 12)

## **2.5. Relación de la madre y el hijo**

Se debería entender que madre y el hijo son posiciones discursivas dentro de una dinámica. Se podría decir que no hay madre sin un hijo y no hay hijo sin una madre.

Cuando una mujer hace referencia a un hijo que tendrá en un futuro, desde ese momento proyecta en él expectativas e ideales que serán constitutivos para ese futuro sujeto. De esta manera, cuando una mujer queda embarazada, durante 9 meses no sólo se gesta en ella el embrión, sino un bebé imaginario que desde antes de nacer tiene ya un nombre, un rostro, una personalidad, un color de ojos, un color de cabello y piel, tiene ciertas preferencias y cierto carácter.

Todo esto es, por supuesto, proyectado en el niño por la madre que continuamente reinventa a su hijo. De este modo el niño será depósito de esperanzas y sueños, así como de frustraciones e insatisfacciones propias de la madre que de una u otra forma influenciarán en las propias elecciones del niño en un futuro.

Existen ciertos motivos por los que una mujer desea un hijo inconscientemente según Langer (1999), citado por Manzo Chávez (2011, Pág. 2), entre estos el recuperar a la propia madre permitiéndole a la mujer identificarse con ella, comprobar la propia fertilidad y realizar el deseo infantil de darle un hijo al padre, de esta manera, el feto se vuelve el pene anhelado.

Por otro lado, también existen motivos conscientes como por ejemplo revivir la propia infancia en el niño, darle todo lo que de niña la mujer no pudo tener, por rivalidad con otras mujeres, retener a la pareja o ganar status social (Chávez, 2011. Pág. 2-3). Estos motivos resultan cuestionables y dan cuenta de la subjetividad de cada mujer que coloca en sus hijos, un significado distinto a cada uno de ellos.

El momento en que el niño nace, el niño imaginario y el real se parecen muy poco entre sí; este niño real no será como la madre lo imaginó y esto producirá en ella una serie de sensaciones y emociones opuestas; estará feliz por tener a su hijo en su brazos y al mismo tiempo sentirá miedo e inseguridad frente a un ser que durante un tiempo, requerirá el máximo de sus cuidados y afecto.

Para algunas mujeres, la maternidad tampoco será como la imaginaban, descubrirán que es dolorosa y no todo el tiempo el bebé representará la felicidad. Las noches serán largas y los días cansados y no siempre estará con la mejor disposición para atender a su hijo. Así los sentimientos hostiles hacia el niño no tardarán en hacerse presentes.

En un inicio, podría parecer que es un efecto del cansancio o un efecto de la disminución hormonal, sin embargo este sentimiento de hostilidad se percibirá eventualmente lo que produciría tensión en ella, pues se supone que una madre no puede sentir por su hijo ningún tipo de sentimiento hostil y más bien debería entregarle un amor incondicional y estar dispuesta a sacrificar su propia felicidad por su hijo.

Según Welldon (1997), esta idealización de la maternidad vienen desde la sociedad, que la ha colocado en una especie de altar y le ha atribuido ciertas características a quien ostente este “título”, incluyendo el sacrificio por el hijo, que tiene mayor fuerza en occidente donde predomina la fe católica .

Conforme el niño crece, la madre es responsable de brindarle todo lo necesario para asegurar su desarrollo físico y mental, para de esta manera ofrecer un hijo productivo a la sociedad, cuyas capacidades ayuden al progreso y evolución de la misma; se podría decir, que una madre puede ver “terminada su labor” el momento en que su hijo le es útil a la sociedad y lo acepta como parte de sí.

Toda la perspectiva descrita anteriormente, sería aplicable si se tratara de un niño “regular”, es decir, un niño que no presente anomalías físicas o cognitivas, sin embargo, cuando el niño que viene al mundo presenta algún tipo de condición médica, el imaginario de la madre se vería completamente destruido por el hijo real que, por ningún lado, se ajustaría a sus expectativas, provocando una herida narcisista en la madre tan profunda, que sus alcances solo se podrán percibir dentro de un proceso analítico.

Si el niño llega a nacer con algún problema ya sea evidente en lo físico o en lo cognitivo, hará que los sentimientos hostiles de la madre se vuelvan más frecuentes y pueden llegar a ser percibidos con mayor facilidad. Un niño con una discapacidad, una malformación o cualquier condición que implique un impedimento del desarrollo normal del mismo, será

rechazado por la madre a la que hiera profundamente haber dado al mundo un hijo fallido y este rechazo deberá ser inmediatamente tramitado por el psiquismo de la madre a quien, desde su nueva posición, se le exige entregar amor y someterse al sacrificio sea cual sea la condición de su hijo. (Vallejo, 2013)

## **CAPÍTULO 3: LA PARÁLISIS CEREBRAL**

Dentro de este capítulo, se expondrán las características de la parálisis cerebral, con el fin de que el lector tenga una idea cómo se manifiesta en el sujeto que la padece, y pueda entender de mejor manera la compleja dinámica entre un niño que presenta esta condición y su madre, que dista mucho de las dinámicas “comunes” de las que podemos tener noticia dentro del espacio terapéutico como en la vida cotidiana.

### **3.1. Parálisis Cerebral**

La parálisis cerebral es una condición médica que se encuentra dentro del grupo de las discapacidades, puesto que quienes la padecen, necesitan de la asistencia permanentemente de otra persona para desenvolverse hasta en las actividades más corrientes del día a día. Dependiendo del nivel de la lesión que puedan presentar, los movimientos del cuerpo y los procesos cognitivos se verán limitados hasta llegar a un estado de postración e inactividad absoluta, lo que supone grandes niveles de tensión dentro del núcleo familiar así como inversiones económicas considerables en aras de un mejor nivel de vida para quien presenta esta condición.

Existen dos clasificaciones principales sobre la parálisis cerebral (Prieto, 1999. Pág. 43 – 44): clasificación según la topografía del trastorno motor y clasificación según el principal trastorno motor.

En la clasificación según la topografía del trastorno motor encontramos:

1. Parálisis completa
  - Tetraplejias: afectación de los cuatro miembros
  - Paraplejias: afectación de dos miembros, superiores o inferiores
  - Hemiplejias: afectación de dos miembros de un lado u otro del cuerpo.
  - Diplejías: afectación indistinta de dos miembros cualquiera
  - Monoplejias; afectación de un solo miembro



## 2. Parálisis parcial o incompleta

- Tetraparesias
- Paraparesias
- Hemiparesias
- Monoparesias

En la clasificación según el principal trastorno motor tenemos:

### 1. Lesión de vía piramidal

- Espasticidad: exceso de tono muscular
- Hipotonía: disminución del tono muscular
- Flacidez: disminución del tono muscular

### 2. Lesión extrapiramidal

- Atetosis: movimientos incoordinados

### 3. Lesión cerebelosa

- Ataxia: marcha titubeante

Es importante tomar en cuenta que las personas que presentan parálisis cerebral, por lo general padecen también otro tipo de trastornos asociados con la falta de movilidad, con la visión, la capacidad verbal, capacidad auditiva e intelectual, dependiendo del grado de la lesión.

### 3.1. Orígenes

Antiguamente era conocida como diplejía espástica, rebautizada por Little en 1959 quien la describe como “Un desorden motor aparecido antes de los tres años debido a una lesión neurológica no progresiva que interfiere en el desarrollo del cerebro” (Prieto, 1999 p. 13)

Con los avances científicos se ha determinado que la parálisis cerebral es un estado caracterizado por un control muscular escaso, espasticidad, parálisis y otras deficiencias neurológicas como resultado de una lesión cerebral producida durante el embarazo, en el momento de nacer, después del nacimiento o antes de los 5 años (Merck Sharp & Dohme de España, 2005). Es importante tener en cuenta que no se trata de una enfermedad y que tampoco es progresiva; los neonatos son más vulnerables de padecer esta condición pues las partes del cerebro que controlan movimientos musculares son especialmente subdesarrollados y la mínima falta de oxigenación dentro del vientre materno o al nacer, podría tener daños irreversibles.

Según un informe del Consejo Nacional de Discapacidades (Conadis) en el año 2012 en Ecuador se han reportado 110.159 casos de parálisis cerebral por causas congénito genéticas y otros 20.020 pos natales; es decir que 130.179 familias que se enfrentan diariamente a una realidad que transforma de manera inesperada su percepción del mundo; dentro de las cuales la madre es, por lo general, quien carga con la responsabilidad del niño con problemas

### 3.2. Diagnóstico

El diagnóstico de parálisis cerebral es complicado durante los primeros 18 meses pues los síntomas pueden percibirse como una leve torpeza en los movimientos del bebé, aunque el principal indicador de problemas es la falta de tono muscular en el cuello del infante hacia los 3 meses de edad.

No existe una causalidad específica para esta condición. Son varias las condiciones que pueden producir una parálisis cerebral, por ejemplo, la falta de oxígeno antes del nacimiento o inmediatamente después de haber nacido es responsable de un 10 a un 15% de niños con este trastorno; los niveles de bilirrubina elevados en sangre son bastante comunes entre los neonatos pero podrían llevar hacia una enfermedad conocida como querníctero que produce daño cerebral, aunque en la actualidad, los avances médicos han podido controlar los niveles de bilirrubina bajando considerablemente la incidencia de la condición en contraste con años anteriores (Conadis, 2012).

Si la gestación y el nacimiento del niño fueron normales, durante los primeros años de vida los traumatismos graves y enfermedades como la sepsis, la meningitis y la deshidratación severa pueden causar daños cerebrales que derivan en parálisis cerebral. Esta condición no puede ser conocida a través de exámenes de laboratorio; estos exámenes apuntarían más bien al descarte de enfermedades progresivas para elaborar un mejor y acertado diagnóstico.

La sintomatología de la parálisis cerebral es variada, se puede hablar de 4 clasificaciones básicas: espástica, coreatoide, atáxica y mixta. La parálisis cerebral espástica se caracteriza por la rigidez, poco desarrollo y debilidad de los músculos; las extremidades están principalmente afectadas, puede presentarse en brazos y piernas (cuadriplejía) aunque las piernas son las más afectadas (paraplejía), se puede dar también una afección a un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo (hemiplejía), la presentan alrededor de un 70% de niños.

La parálisis cerebral de tipo coreatoide presenta movimientos musculares lentos y sin control, las extremidades se retuercen y eventos que alteren emocionalmente al niño pueden empeorar los movimientos involuntarios presentándose además bruscamente. Cuando el niño

duerme los movimientos desaparecen y se reanudan en la vigilia. Este tipo de parálisis es presentado por alrededor de un 20% de niños (OMS, 2012).

La parálisis cerebral de tipo atáxica afecta principalmente la coordinación muscular además de manifestarse con temblores y debilidad, los movimientos son bastante lentos y la marcha puede verse afectada ya que los niños presentan poco equilibrio y abren desmesuradamente las piernas al intentar caminar la parálisis cerebral mixta es aquella que presenta combinaciones de los otros tipos de parálisis anteriormente descritos, por lo general entre coreatoide y espástica.

Los niños presentan problemas en el habla ya que no pueden controlar los músculos que intervienen en la pronunciación de las palabras; cuando un niño desarrolla el habla es bastante difícil entenderle. Un 40% de niños con parálisis cerebral tienen una inteligencia normal a pesar de no poder hablar y el restante puede presentar retraso mental grave, y alrededor del 25% de los casos, generalmente espásticos, presentan crisis convulsivas no siempre ligadas a la epilepsia.

### **3.3. Tratamiento**

Lamentablemente no hay una cura para la parálisis cerebral, es una condición de por vida; aunque existen diversas alternativas para lograr el máximo desarrollo de las capacidades de los niños afectados. Las terapias físicas, terapias ocupacionales, la cirugía y aparatos especialmente diseñados para corregir posturas pueden brindar un mejor nivel de vida de estos niños. Si la parálisis cerebral no es muy grave y el nivel cognitivo es bueno, los niños pueden asistir a un colegio regular en cambio si el nivel de afección es moderado o grave, existen escuelas de educación especial además de fundaciones que ofrecen las herramientas necesarias para desarrollar el máximo potencial de los niños.

El manejo apropiado de estos niños, el brindarles opciones y un lugar dentro de la sociedad, la información oportuna y el apoyo a los padres de niños con parálisis cerebral debe ser indispensable para lograr el máximo resultado en su evolución, mejorando radicalmente su estilo de vida.

## **CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO**

En este capítulo se realizarán las articulaciones pertinentes entre la teoría propuesta y el caso clínico, además se intentará responder la pregunta inicial: ¿la culpa inconsciente que se produce en la madre a raíz del nacimiento de un niño con parálisis cerebral crea en ella una actitud de sobreprotección que encubre el deseo de muerte del mismo?

A continuación se hará referencia al estudio del caso realizado en base a entrevistas, sesiones terapéuticas y aplicaciones de tests proyectivos, para lo cual se iniciará describiendo datos generales de la madre y la niña, la historia vital y las interpretaciones correspondientes a cada una de las herramientas proyectivas y posteriormente analizar el caso clínico.

### **4.1. Caso clínico**

La madre acude a terapia buscando “sentirse mejor”. Durante la primera entrevista sintió la necesidad de darme sus datos personales y los de su hija, luego de lo cual comenzó a relatar la historia de su primera hija, que es quien padece parálisis cerebral. Cuenta que a sus 26 años tuvo un embarazo normal a pesar de que su esposo la abandonó por otra mujer durante el segundo trimestre de gestación, lo que la obligó a quedarse en casa de sus padres el resto del periodo. Dice que aunque fue un golpe fuerte jamás mostró debilidad y lo más importante, que nunca lloró. Cuando el embarazo llegó a término acudió a una consulta médica de rutina, aunque ya iba preparada con las maletas, donde le dijeron que ya era tiempo de que el bebé naciera y ese mismo día fue internada.

Como no tuvo contracciones, le administraron “un medicamento” para inducir la labor de parto que duró toda un día y a pesar de que ella sentía que el bebé debía nacer, el médico demoraba en llegar, esta demora hizo que el bebé tuviera sufrimiento fetal y naciera asfixiado. NN cuenta que su bebé ni siquiera era “moradito” sino que tenía un “color negro en serio preocupante” y no lloró al nacer, luego de algunos minutos lograron reanimarlo y dice haber percibido de inmediato que algo no iba bien, pues el llanto de su bebé era como el de un gatito y “lastimaba sus oídos”.

Una vez en la sala de recuperación, los doctores le dijeron que el parto había resultado complicado y que el bebé sufrió una “leve asfixia” que fue controlada a tiempo y que las repercusiones se verían a futuro reflejadas en un posible déficit atencional o una hiperactividad pero que más allá de esos efectos que podrían darse a futuro, la niña estaba bien.

En casa la niña no se alimentaba normalmente, tenía problemas para “agarrarse del seno” y tampoco podía succionar el biberón, por lo que luego de 15 días de nacida, tuvo que ser internada en otro hospital por desnutrición grave. En este otro hospital, un doctor al que la señora tiene mucho aprecio por “decirle las cosas como son” fue el primero que le dijo que la niña había sufrido un daño cerebral importante pero que no podía dar un diagnóstico adecuado con tan solo 15 días de nacida y le sugirió que buscara terapias de estimulación temprana para ayudar a la niña a desarrollar el máximo de sus potencialidades hasta poder tener otra cita para un diagnóstico definitivo; al mismo tiempo, el padre de la niña se enteró de lo sucedido a través de su madre y fue a buscarla al hospital y desde ese día no se volvió a separar de su hija.

La niña estuvo en terapias desde el mes de nacida, el padre y la madre de la niña siempre estuvieron involucrados en sus tratamientos. Al cuarto mes, la ausencia de tono muscular en el cuello confirmó los temores de la madre y a los 18 meses fue diagnosticada definitivamente con parálisis cerebral.

Durante los primeros 5 años de vida de la niña, la madre vivió con sus padres que la ayudaban menciona que estos eran los más afectados por la condición de la pequeña. En cambio la madre no mostraba tristeza, sino que mantenía una actitud alegre y siempre cuidaba a su hija con mucho entusiasmo y buena disposición “aunque la verdad sentía que quería salir corriendo y dejarla ahí... tirada y llorando”. Dice que la niña influyó mucho en su relación con la ex pareja pues el continuo contacto que tenían por las terapias y las demás actividades, hicieron que se vuelvan a unir y decidieron vivir juntos nuevamente dejando todo atrás, lo que según la madre le daba más fuerza todavía para enfrentarse a “lo que le ha tocado vivir” aunque en un inicio, ella lo culpaba por la condición de la niña. Decía que el haberla dejado y hacerle sufrir tanto, afectó al bebé y agregó “Sé...sé que mi hija no estaba enferma hasta antes de dar a luz pero también sé que le afectó mi sufrimiento y fue su culpa por dejarme y fue mi

culpa por no llorar... porque esas lagrimas la asfixiaron”. No salieron de la casa de sus padres, sino que cerraron una parte de la casa lo que les dio cierta independencia.

Con la ayuda de sus padres y una empleada que tienen de “toda la vida”, no ha sido tan terrible la crianza de la niña pero que cuando llega el momento de darle de comer todo cambia y se vuelve casi insoportable ya que la niña llora, cierra la boca, escupe o da manotazos y “eso hace perder la paciencia a cualquiera, entonces tengo que hacerla comer a la fuerza y me angustia que algún día se me pase la mano” “no me gustan los niños que molestan cuando comen, a veces le grito que no le soporto, mocosa malcriada ya basta! Cállate! Y me siento mal... luego le pido disculpas pero sé que está molesta... no lo dice porque no puede... pero me mira mal... y lo siento”.

El mayor temor que ha llegado a sentir es que la niña muera, a pesar de que su médico siempre le recuerda que es una niña de riesgo y que con cada ingreso al hospital (han sido aproximadamente 30 en 7 años) puede ocurrir lo peor. “si ella muere, de alguna manera me liberaría de una carga... pero ya me he acostumbrado a ella y... la verdad es que no nos gusta pensar en eso por miedo a que se haga realidad. No quiero morir antes que ella porque se queda sola pero tampoco quiero que ella muera antes que yo”

Llevó a la niña a la Fundación en el año 2010 y dice que es la única vez que se ha sentido realmente triste al ver a los otros niños con problemas aun más severos que los de su hija y que lloró como no había llorado porque “me daba pena ver a esas pobres madres, todos los problemas que debían tener con sus hijos así postrados y me di cuenta de que mi hija también estaba ahí”. Desde ese entonces ha notado cambios significativos en la niña, es mucho más sociable y está contenta con los resultados pues al parecer, tiene una inteligencia normal, o casi normal que le permite entender lo que se le dice y logra comunicarse con los otros a pesar de no poder hablar, su mirada es bastante expresiva.

Manifestaba sentir un miedo absoluto al solo pensar tener otro bebé porque podía ser ella quien estuviese “dañada” y seguramente no podría tener hijos sanos. En 2012 quedó embarazada, su segundo hijo actualmente tiene 8 meses y es totalmente sano. Dice que cuando nació necesitaba escucharlo llorar para comprobar que él estaba enfermo porque ella sabía que algo había salido mal y conforme pasaba el tiempo, el niño le “iba dando en la boca” pues era



todo lo contrario a lo que ella esperaba. La niña comenzó a tener crisis convulsivas a raíz del nacimiento de su hermano y la madre dice que “lo más angustiante no eran las convulsiones, sino pensar que ojalá esto se termine rápido, si tiene que morir que muera rápido para que se termine de una buena vez... pero luego la convulsión pasaba, ella estaba viva y yo estaba feliz pero me sentía mal por las cosas horribles que llegue a pensar mientras estaba asustada” las convulsiones se han hecho menos frecuentes en los últimos meses y está más tranquila porque ahora sabe que si ella muere puede que no sea tan grave porque ya tiene un respaldo en su otro hijo.

Relatar su historia le tomó dos sesiones, luego de las cuales se comenzaron a abordar temas aparentemente más conflictivos para ella, como la relación con su madre, de la cual evitaba hablar. Al final de la quinta sesión manifestó sentirse realmente inútil, temerosa de todo y como si algo en ella estuviese podrido. Pudo elaborar un par de situaciones con respecto a su hija y lo más importante, aceptó de cierto modo que existía algo en ella que hacía rechazar a aquella niña a la que debe amar con todo su corazón. Dijo que la condición de su hija hace que todo el mundo tenga sus ojos sobre ella todo el tiempo y que entonces, no puede dejar ver que se siente mal, que está harta y que quisiera dejarla ahí y salir corriendo. Al abordar el tema de su posible muerte manifestó que sería un sufrimiento terrible para ella, pero que sabía que también se liberaría de un peso y que quizá lo mejor sea que su hija dejase de sufrir en este mundo.

Esta última elaboración a la que llegó la paciente, es quizá la más importante de la terapia pues durante un mes y medio, llamó a confirmar y a cancelar las citas hasta que, cuando volvió, dijo que se sentía muy mal por lo que había dicho la última vez que nos vimos y que no había dejado de pensar en eso, que le daba algo así como vergüenza regresar y que por eso había tomado tanto tiempo en hacerlo.

Finalmente, dijo que sentía la necesidad de pedir disculpas, o retroceder el tiempo para no decir cosas tan horribles sobre su hija, porque temía que se hicieran realidad.

## 4.2. TAT

Como parte de las sesiones terapéuticas, se aplicaron algunas láminas del Test de Apercepción Temática (TAT) con el fin de detectar puntos conflictivos necesarios de elaborar, así como incentivar la capacidad de la paciente de resolver de problemas.

Se utilizaron las láminas 1, 3VH, 3NM, 4, 5, 7NM, 8VH, 8NM, 9NM, 12H, 13HM, 13V, 15, 16, 17VH, 17NM, 18NM. En las entrevistas iniciales, en el discurso de la paciente, se percibieron ciertas resistencias y ciertas tendencias hacia los temas representados por las láminas seleccionadas: sometimiento–rebelión, frustración–depresión-suicidio, desesperación–culpa, abandono–celos–infidelidad–competencia, imagen de la madre (protectora, vigilante, castradora), imagen de la madre y actitud frente a la maternidad, dirección de la agresividad, problemas actuales y fantasías, espionaje–culpa–persecución, relación transferencial en la situación de prueba, relación madre–hija, culpa–actitud frente a la relación heterosexual, carencias–soledad–abandono–expectativa, muerte–culpa–castigo, ideal del yo, nivel de aspiración–narcisismo–exhibicionismo–masturbación, frustración–depresión–auto castigo–suicidio, agresividad–apoyo.

Cabe mencionar que la interpretación está basada en las respuestas y comentarios emitidos simultáneamente a la aplicación de las láminas o elaboraciones a propósito de los relatos, y no se basa específicamente en la interpretación formal de Murray (1959).

## Interpretación

Esta herramienta proyectiva ha arrojado elementos importantes sobre la vida de la paciente. Señala un constante conflicto con la maternidad, el no haber podido tener una hija sana, hace que sienta que su función no puede ser ejecutada de acuerdo a las convenciones sociales y tampoco puede responder ante su madre que esperaba algo diferente.

Su relación de pareja se percibe débil y fisurada, pues es su hija quien la mantiene unida a su esposo, por lo que la muerte de la misma implicaría la disolución de la familia.

Presenta una constante preocupación sobre lo que podrían decir y pensar los otros sobre ella, la condición de su hija y cómo se la maneja, produciéndole angustia.

El deseo de muerte hacia la hija y los sentimientos de hostilidad, se hacen evidentes en varias láminas por ejemplo, la historia de la lámina 12H fue: “una persona que cuida de alguien enfermo... pero llega a darle un “descansa en paz”... una cura, digo...un cura!, la cuida pero se cansó y quiere que muera, para estar en paz... la persona que sufre! No el que lo cuida... pero le da miedo matarlo y se detiene. La persona está grave y va a fallecer de todas formas y la otra llega a darle sus últimas bendiciones.” En este relato es evidente que la paciente hace referencia a los cuidados hacia su hija y a los sentimientos actuales a propósito del mismo. Su hija está enferma y ella ha llevado muchas “curas”, pero en un momento se cansó y ahora necesita que muera para ella poder estar en “paz”. El deseo de muerte hacia su hija es a veces consciente produce culpa y temor de llegar a hacerle daño, exigiendo un esfuerzo extra tanto físico como psíquico, para controlar sus impulsos agresivos. Sabe que su hija va a morir de todas formas, lo cual le produce angustia, quizá no por el hecho de que vaya a morir, sino porque tarde mucho tiempo en morir.

La lámina 18 NM : “una señora adulta tiene alguien muy enfermo y necesita subirlo a la habitación. Necesita ayuda para levantarla. Ha llorado, está triste. La señora en un futuro... la que está en sus brazos es minusválida... su mamá se preocupa y la cuida muchísimo, quisiera que nada la toque ni le dañe y necesita ayuda, porque si llega a caérsele en las escaleras.... Necesita ayuda.” Es claro que en este relato se refiere a sí misma y a su hija, los cuidados que la niña necesita, son a veces excesivos, por lo que desesperadamente busca ayuda, está triste por su hija y trata de protegerla en exceso, quizá con el afán de esconder los impulsos agresivos hacia ella que se hacen evidentes con el miedo que siente ante la posibilidad de que se caiga de las escaleras. Es probable que necesite que alguien esté siempre con ella para actuar como barrera entre ella y su hostilidad camuflada en sobreprotección, alguien que regule el cariño excesivo y los impulsos hostiles.

Las respuestas dadas a las láminas producen en ella un sentimiento de culpabilidad, haciendo que compense inmediatamente sus respuestas con cariño sobredimensionado, protección extrema y una cierta resignación forzada, da una imagen de su familia

completamente idealizada, lo que le impide ver con objetividad su realidad y tomar acciones pertinentes para solucionar conflictos.

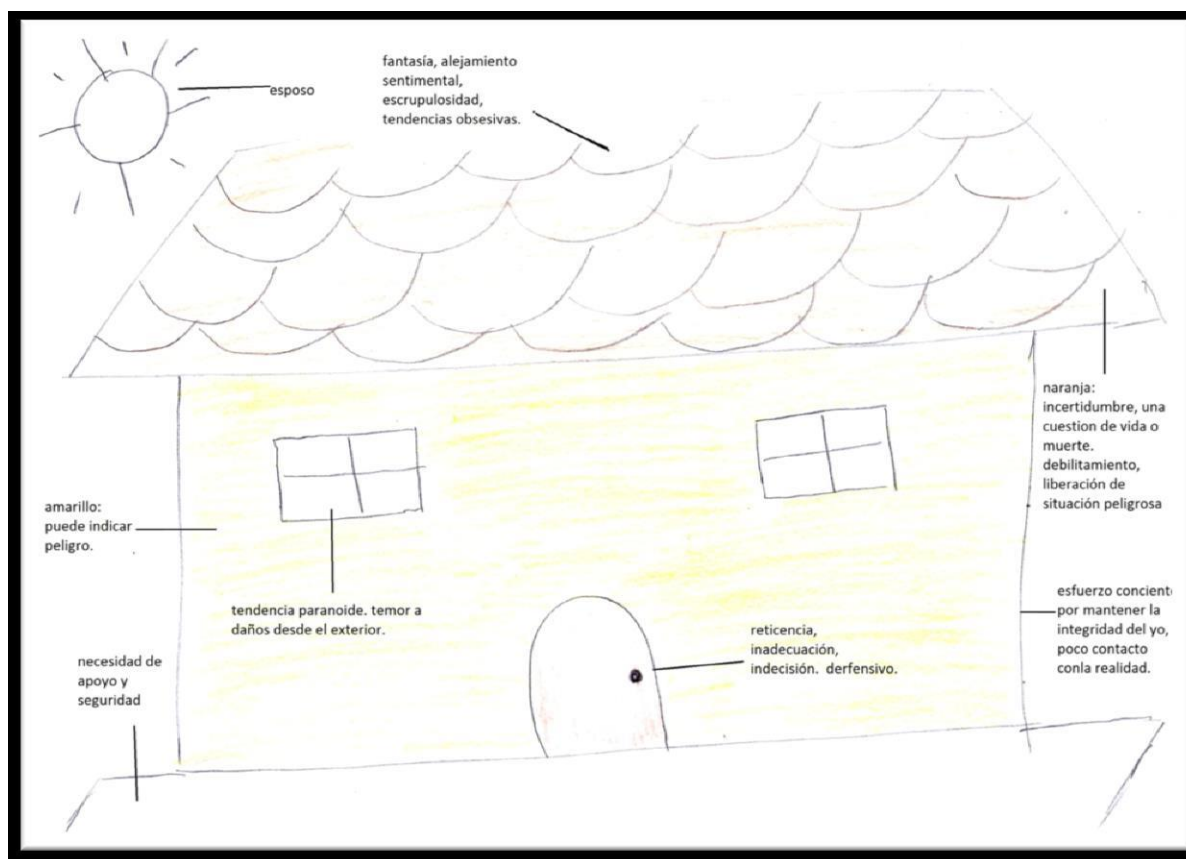
La paciente muestra un singular apego hacia el padre, haciendo de este una figura primordial en su vida y de cierto modo limitante en tanto está siempre buscando su aprobación. Trata de negar la realidad en la que vive, en ciertos momentos está realmente convencida de que no sucede nada extraordinario en su vida y que su hija es normal, los impulsos agresivos que siente hacia ella son los que, de cierta manera, le hacen notar lo que en realidad sucede a su alrededor.

(Anexo 1)

### 4.3. HTP, test de la familia y dibujo libre

Podría pensarse que un HTP aplicado en una mujer de 33 años, no arrojaría mayores resultados; pero dentro de las sesiones terapéuticas, se consideró pertinente un cambio de actividad que resultara menos invasivo para la paciente. Dibujar, le permitió por un momento, desligarse de la mirada del terapeuta y al concentrarse en los trazos, pudo decir cosas que quizá no hubiera podido decir mientras sostenía la mirada de un otro. Se presentarán a continuación, las interpretaciones de los dibujos realizados por NN bajo las consignas de dibujar una casa, un árbol, una persona, su familia y lo primero que se le venga a la mente.

#### CASA



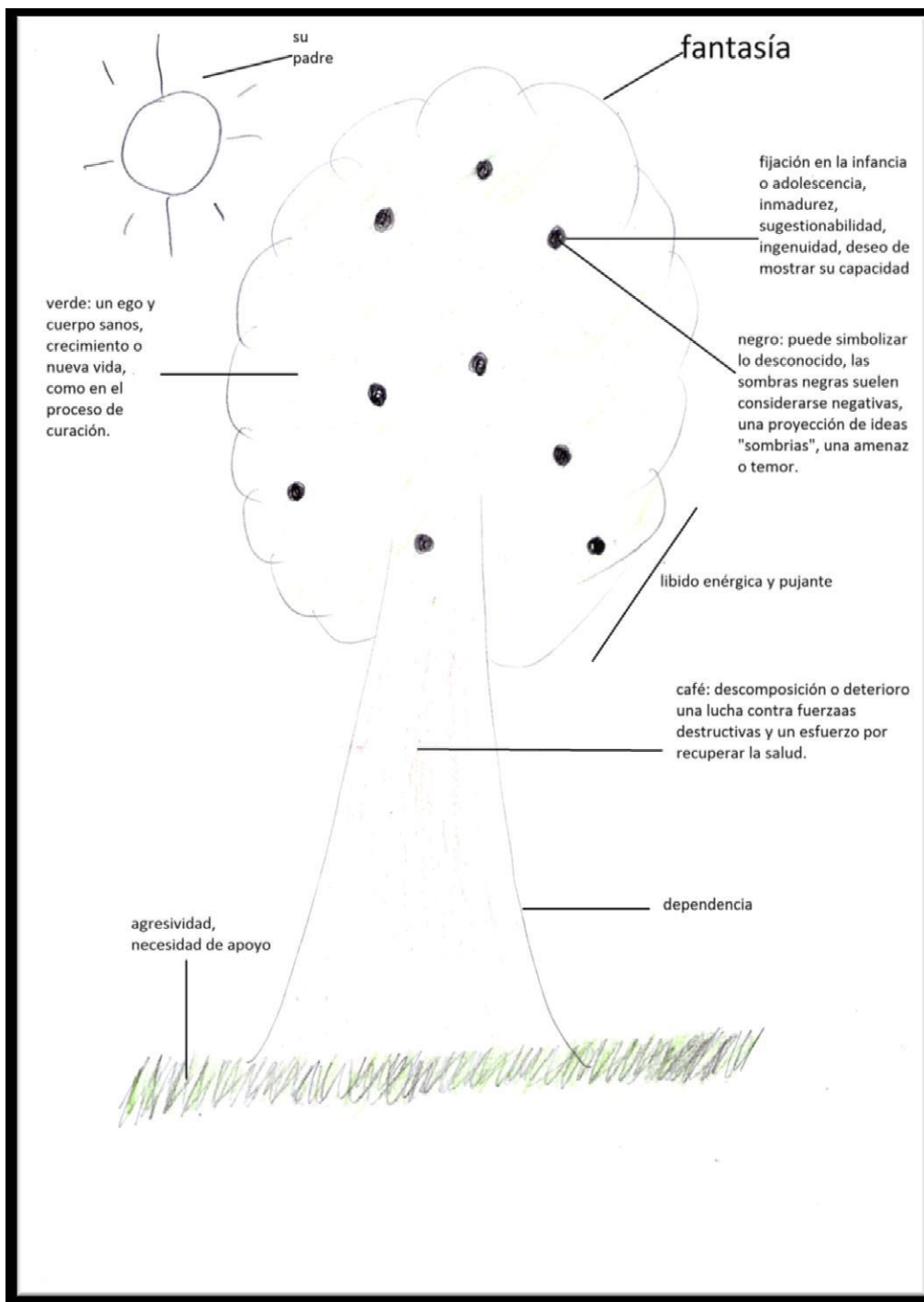
La paciente mostró una buena disposición al realizar el dibujo, constantemente repetía que el dibujo era algo que no se le daba bien, pero que pondría su mayor esfuerzo. Lo realizó más bien rápido y sin mayores dificultades, cuando terminó, dijo que estaba algo triste y que le

gustaría que tuviera algo de vida “maquillarlo un poco”. No hizo borrones, si se mostraba insatisfecha con algún trazo, respiraba profundamente y continuaba.

Durante todo el tiempo que le tomó dibujar la casa, hizo comentarios esporádicos como “cuando estuve embarazada de mi segundo bebé, quería una niña, y me enojé con mi hijo por ser hombre”, entre otros comentarios relacionados con sus hijos y su esposo.

La situación familiar de la paciente se percibe como idealizada. Lo que ella trata de proyectar hacia afuera es poco fiel a lo que ocurre dentro del hogar. Las relaciones se perciben restrictivas, tiene muy poca libertad para realizar actividades fuera del hogar que le proporcionen placer, ya sea por el cuidado que debe a sus hijos, como a las explicaciones que debe a sus padres, ya que vive con ellos. Una figura particularmente fuerte en la casa es su padre, a quien pone sobre todos los demás integrantes de su familia, es también una figura idealizada, puesto que no puede encontrarle falla alguna. La mayoría de respuestas dadas en el interrogatorio, obedecen a una compensación casi absoluta sobre su situación familiar.

## ÁRBOL



No tiene borrones, es simétrico, no tiene líneas sobre enfatizadas y las deficiencias son aceptadas con buen humor. La paciente se mostró colaboradora y entusiasta. Al realizar los

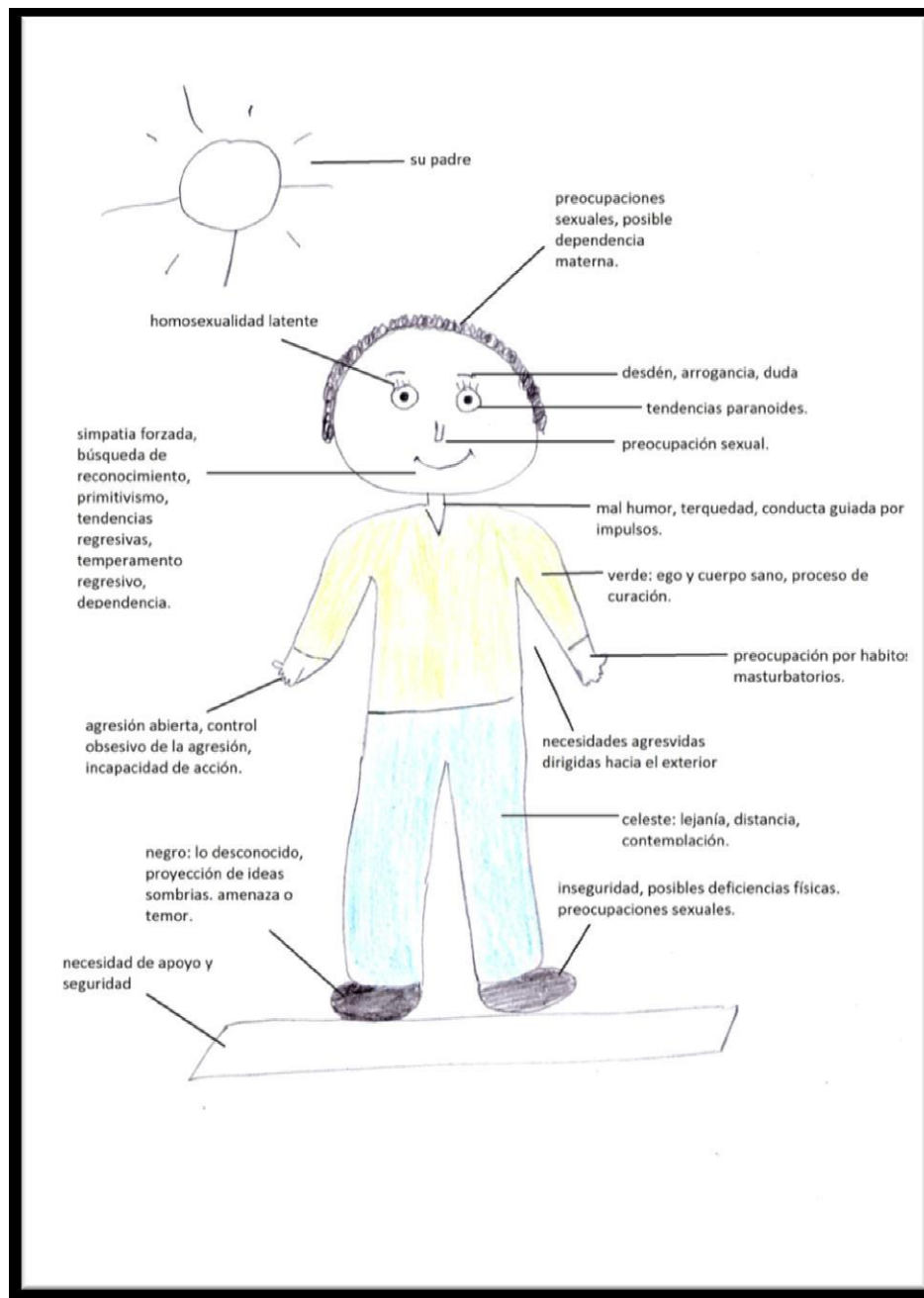
dibujos, aceptaba sus errores sin problemas. Durante la elaboración del árbol hizo comentarios como “tengo dos perros, pero no pueden acercarse a los niños, pueden llegar a ser agresivos”

Este dibujo arroja varias pistas sobre conflictos de gran importancia en la vida de la paciente, sobre todo, cuando nos enfocamos en los frutos del árbol. Al ser este un árbol vivo, grande y fuerte, es lógico que ofrezca unos frutos de igual calidad, no obstante en el dibujo, el color de estos productos nos hacen pensar que no son aptos para el consumo, que hay algo mal en ellos y es justamente esto lo que la paciente percibe sobre sí misma. El hecho de haber tenido una niña con parálisis cerebral, cuestiona fuertemente su capacidad para brindar al mundo frutos buenos. Elementos en el dibujo, nos dejan ver la fuerte dependencia hacia sus padres, probablemente sea la razón de que aun viva con ellos y dentro del interrogatorio, haga constantes referencias a ellos.



## PERSONA

### Primera figura: hombre



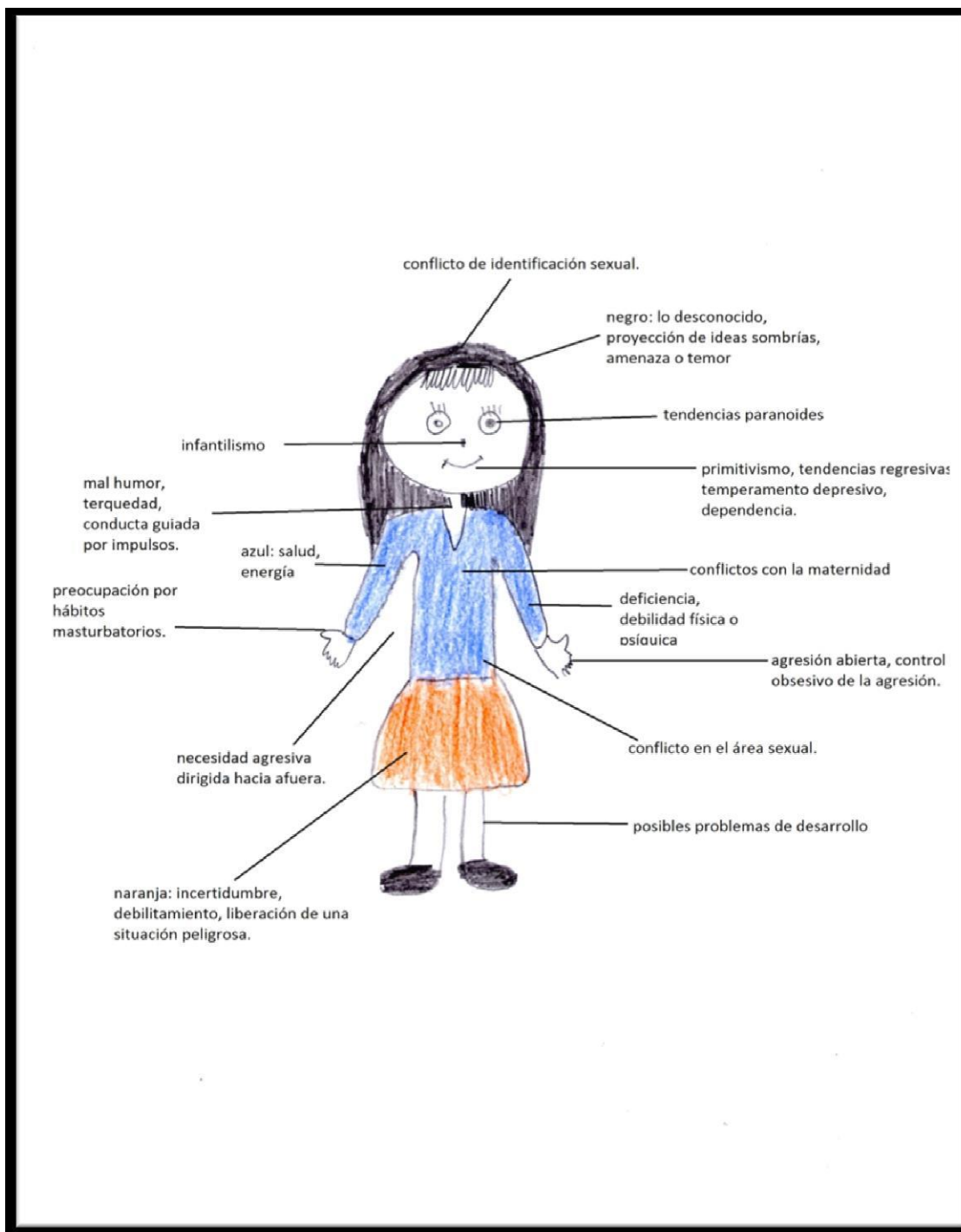
No tiene borrones, acepta deficiencias con buen humor, la paciente se mostró colaboradora, hizo comentarios espontáneos como “espero a mis bebés para estar siempre con ellos”, “mi papá es el hombre de la casa, hace todo lo de la casa... mi esposo es el hombre de su casa,

vivimos en el mismo edificio. Si le dije ¿verdad? “. Dando cuenta de una posición sumisa frente a la figura masculina.

El dibujo en sí, no arroja mayores luces sobre la percepción de la paciente sobre sí misma, es de hecho el interrogatorio posterior lo que nos permite articular los detalles del dibujo con la figura que representa, en este caso su padre. La figura del padre aparece constantemente en sus comentarios e intervenciones. Se ve en el dibujo como una figura poderosa, fuerte y decidida, la preocupación sobre la familia que este señor tiene constantemente, y a la que la paciente se refiere, hace que los ojos del personaje dibujado estén muy abiertos, vigilantes y atentos. La sonrisa de la figura es también, un elemento importante, la sonrisa fingida, la negación de lo que en realidad ocurre dentro de la casa es evidente en este dibujo.

La identificación con el padre es muy fuerte en la paciente, podría hablarse de un Edipo que constantemente se reedita y que hace que la paciente no pueda desprenderse de ese padre de la infancia que aun busca en su edad adulta.

**Segunda Figura: mujer**



La paciente mostró un poco de resistencia al realizar el dibujo de la persona correspondiente al mismo sexo, se quejaba constantemente de no poder dibujar correctamente las figuras femeninas. No realizó borrones y sus comentarios más relevantes durante la realización del

dibujo fueron sobre todo acerca de las dificultades que le representa dibujar mujeres y también hacía comentarios sobre su hija mayor.

Se identifica con la figura que realizó, se evidencian conflictos con respecto a la maternidad, seguramente por el hecho de haber tenido una niña especial. La constante tensión social a la que se expone diariamente, y las miradas que recibe cuando está junto a su hija, hace que la paciente experimente una continua angustia y sensación de estar vigilada y observada.

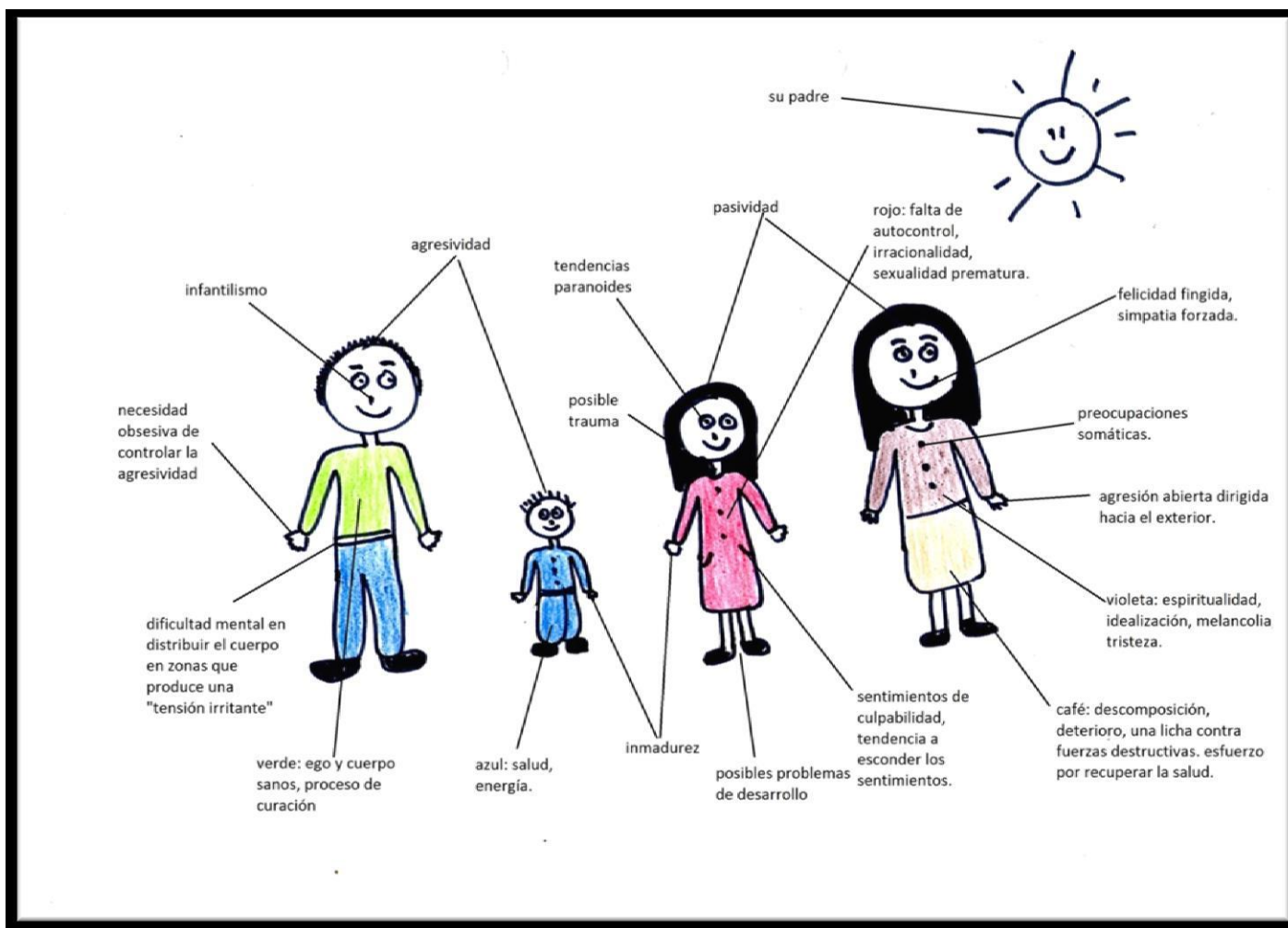
Está relativamente consciente sobre las funciones que debería desempeñar como madre, sabe que sus manos que cuidan de sus hijos, podrían también dañarlos, por lo que un control de los impulsos agresivos es necesario a diario, produciéndole malestar.

Se percibe minimizada, débil en alguna forma, pero a la vez se obliga a dar una imagen de fortaleza, resignación, tolerancia y felicidad, ocultando lo que ocurre en su interior, por temor a desmoronarse si llegase a aceptarlo.

(Anexo 2 )

## TEST DE LA FAMILIA

Esta herramienta proyectiva, fue aplicada a la paciente con el fin de descubrir elementos dentro del entorno familiar que podrían dar pistas sobre la dinámica que existe dentro de esta, además de cómo ella percibe las relaciones entre sus integrantes, y a la vez, su propia relación con cada uno de los miembros.



**Historia a propósito del dibujo:** “esta es mi familia, siempre juntos y unidos. Es como nos veo, me gusta pensar que siempre estaremos juntos y apoyándonos unos a otros. Mi esposo siempre conmigo y que no volverá a irse. Ninguno en el dibujo está triste, todos somos felices. Mi hija es normal, no me gusta dibujarla en silla de ruedas, es como confirmar su situación y no quiero que sea diferente. Ella es como todos nosotros, ella entiende todo lo que le decimos, además es muy cariñosa y se hace entender... eso.”

**Interpretación:** Los comentarios y la historia relatada, concuerda con lo expresado anteriormente en las entrevistas iniciales y lo plasmado en este dibujo. Claramente se observa una continua sensación de ser observados, quizá por la misma condición física de su hija que hace que no sean una familia “regular”. La paciente expresa una sensación de cercanía con su esposo, que en el dibujo es cuestionable ya que están separados por sus hijos, remitiéndonos a su historia vital, en la que manifiesta que el regreso a casa de su esposo, se debió a la enfermedad de su hija y a su comentario de “la niña es el centro de nuestra vida”.

Las sonrisas forzadas de las figuras, muestran la necesidad de parecer fuerte, o puede tomarse como una actitud compensatoria frente a la dinámica familiar. Las miradas de las figuras, también son reveladoras en cierto sentido, pues el esposo mira aparentemente en dirección a su familia, pero no es realmente la sensación que se tiene del dibujo.

El hijo mira a su padre parece buscar identificación, la niña mira fijamente hacia adelante, como incapaz de mirar hacia un futuro y la madre, aparentemente feliz, mira hacia la derecha, luce preocupada por un futuro incierto, pues si su hija llegara a morir, implicaría también una ruptura en esa familia que tiene como mayor vínculo, la interacción con esta hija.

Lo más llamativo del dibujo es, sin duda, la niña, ya que la representación gráfica de esta, no concuerda en absoluto con la hija real. El hecho de no dibujar la silla de ruedas, por temor a confirmar la condición real de la niña, da cuenta de la negación en la que la paciente se encuentra con respecto a la realidad. Además, en la figura de la niña, se evidencia una “línea reforzada” en su cuello, remitiéndonos al evento en el que los médicos advirtieron a la madre que algo no iba bien con su hija, al notar la falta de tonicidad muscular a los pocos meses de nacida.

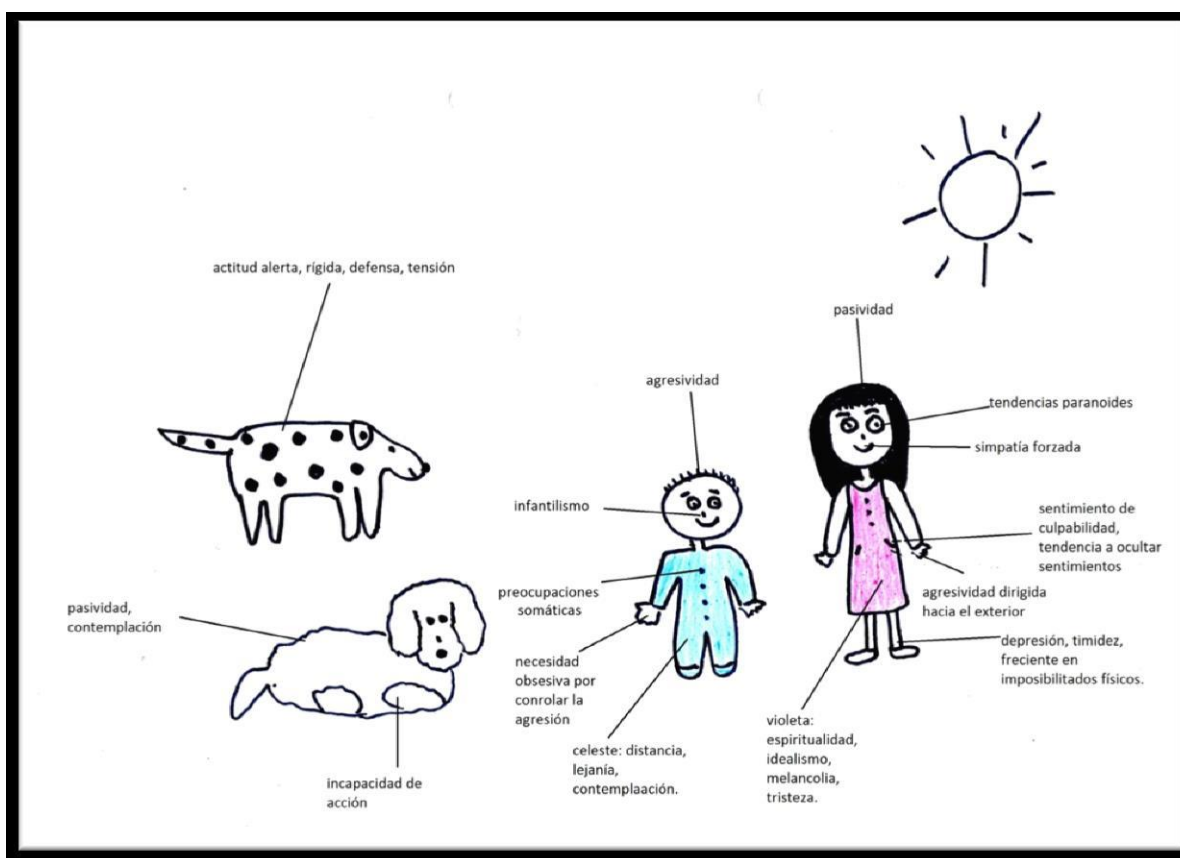
En definitiva, la familia de la paciente es idealizada por esta, las relaciones reales pueden resultar algo escabrosas y conflictivas. Las relaciones se basan sobre todo en el cuidado de la niña, y en la preocupación sobre el desarrollo normal del hijo más pequeño. Lo cual también conlleva cierto malestar, pues siempre están pensando que algo “malo” puede ocurrirle al niño también. La constante negación de la condición de la niña, hace que la paciente viva una especie de familia ideal, completamente alejada de la realidad, haciendo caso omiso a problemas que no tengan relación con su hija. La relación de pareja no existe,

sino en tanto progenitores, el lazo que los une son sus hijos, en especial su hija, y este es un saber no sabido por la paciente, el cual retorna conscientemente en angustia sobre el futuro, pues el pensar que la hija podría morir inesperadamente, dejaría sin un soporte a su familia. Los elementos que aparecen en la figura de la niña con respecto a la culpa, dan cuenta de ese sentimiento hostil y mortífero de la madre hacia la hija, que además teme plasmar en el papel bajo la figura de la silla de ruedas.

La muerte de su hija, da cuenta de su deseo inconsciente de muerte hacia ella, de liberarse de esa atadura que no le permite visualizar un futuro prometedor, y además, pondría en riesgo la relación con su esposo, pues de cierta manera, la vida de la niña es lo que mantiene con vida su hogar.

## DIBUJO LIBRE

La aplicación del dibujo libre, tiene como función detectar las áreas de mayor conflicto de la paciente. La interpretación de este dibujo estará basada esencialmente sobre los comentarios que la paciente realizaba mientras elaboraba el dibujo y lo que relató al terminarlo.



**Historia a propósito del dibujo:** “dibujé perros porque les gusta a los niños, el Max vive en la casa, la Punky es de mis papás, son sucios y pueden morderles, por eso no pueden acercarse, ni tocarlos, me da miedo que les lastimen... por eso mejor no se acercan. Los niños solo están parados viéndoles a los perros. Nada más”

**Interpretación:** las figuras de los perros, son quizá, las de mayor relevancia dentro del dibujo. Los perros, culturalmente, representan: fidelidad, abrigo, ternura, compañía, cuidado, y sus



rostros en el dibujo, van acorde con esta percepción generalizada. No obstante en el momento de la historia, la paciente se refiere a ellos como agresivos y sucios, y manifiesta su temor de que estos pudieran dañar a sus hijos, haciendo que la figura de estos animales se perciba como ambivalente. A los niños les gusta estar cerca de los perros, pero no se les tiene permitido tocarlos, los perros son lindos, pero son sucios.

La posición del primer perro (el que tiene manchas y está sobre el otro perro) está en posición de atención y rigidez, la paciente se identifica con este perro, pues dice que es ella quien está pendiente de los niños todo el tiempo, mientras que el otro perro representa a su marido, en una posición más bien pasiva, contemplando y descansando.

Esta presencia de los perros, podrían ser el indicador más fuerte que se puede tener, acerca de los sentimientos hacia los niños. Deja ver un temor frente a un posible daño, la necesidad de una prohibición de “tocar” y de algo que permita controlar que estos impulsos agresivos se descarguen sobre los niños.

La niña, no está dibujada bajo un criterio realista, la paciente omite la silla de ruedas que su hija debe usar la mayor parte del día para desplazarse, lo cual deja ver una fuerte negación sobre la condición de su hija. La falta de color en los pies, las piernas delgadas y débiles, y los bolsillos, son elementos que permiten suponer un conflicto con la imagen de la hija, además de un sentimiento de culpa fuerte con respecto a ella. El estrabismo de los ojos de la figura de la niña sugiere que esta culpabilidad, es probablemente por pensamientos confusos sobre la condición de su hija, y sobre sus propios sentimientos sobre esta.

La imagen del niño, así como la de la niña, tienen botones a lo largo del pecho, por lo que se pueden inferir ciertas preocupaciones somáticas, dando cuenta de la proyección de los temores de la madre sobre el cuerpo de los hijos y las enfermedades que podrían desarrollar de ser el caso.

La paciente comentaba que no le gustaba dibujar la silla de ruedas, que lo sentía como algo ofensivo hacia la hija, que era normal a sus ojos. Decía que le molestaba que la gente permanezca observando a su hija, pero que cuando lo hacían, ella “hacía como si nada” y seguía adelante.

Manifestaba también que cuando salía con sus dos hijos, la gente veía primero a la niña en silla de ruedas e inmediatamente, dirigían sus miradas hacia el niño en brazos, según ella para “ver si el otrito también estaba malito” y una vez que comprobaban que no era así, perdían interés y seguían su camino.

El dibujo es bastante simple, a pesar de eso, a la paciente le llevó cerca de 15 minutos terminarlo, con unos 5 minutos adicionales para colorearlo.

#### **4.4. Observaciones generales**

Estas herramientas proyectivas sugieren varios puntos de conflicto de la paciente, como el fuerte vínculo paterno que podría ser limitante en algunos aspectos, pues sus acciones estarían siempre dirigidas a la búsqueda de la aprobación del padre. Por otro lado, la figura materna está ausente dando cuenta de una situación edípica no tramitada.

La abundancia de elementos agresivos dentro de los dibujos, la compensación en el tamaño y en el rostro de las figuras humanas, así como la constante negación de la condición de su hija, nos lleva a pensar en una tensión permanente entre sentimientos de cariño, preocupación y ternura genuina y los impulsos agresivos y destructivos, esta tensión produce angustia y culpabilidad, que la paciente trata de sobrellevar con actitudes de cariño excesivo y una idealización de su vida, lo que le impide ver con objetividad sus conflictos reales.

La paciente generó una fuerte resistencia que le impidió acudir a las dos últimas sesiones luego de abordar el tema de la muerte de su hija y la culpa que sentía por este pensamiento que aparecía intermitentemente.

#### **4.5. Análisis del caso clínico en base al desarrollo teórico**

Es importante recalcar que no todas las madres de niños con parálisis cerebral deben necesariamente comportarse de manera sobreprotectora, sabemos que a pesar de existir fenómenos psíquicos comunes en la especie humana, se debe tomar en cuenta al sujeto en su individualidad, así como su contexto socioeconómico y su historia personal.

El ejecutar la función materna no exime a la mujer de su condición de sujeto y los efectos que el inconsciente tiene sobre ella, continúa cargando con su historia y sus construcciones desde las cuales se explica y se sostiene en el mundo que la rodea. Las pulsiones de vida y de muerte se verán cada vez más intensificadas debido a su nueva posición que exige una serie de renunciaciones y reestructuraciones.

Dentro de la cultura occidental, la maternidad ha sido colocada en un lugar ideal, dentro del cual no cabe la idea de que pueda tener “malos” pensamientos o realizar “malas” acciones, sino que el SER madre obliga a someterse a la voluntad del niño renunciando en cierta medida a sus propios deseos y a ser en todo momento una especie de mártir, resignándose a su suerte y a cuidar a los hijos con abnegación, incrementándose aún más al tratarse de un niño con parálisis cerebral. (Welldon, 1993).

Se han tomado en cuenta indicadores esenciales como un discurso de sobreprotección, hostilidad, agresividad, ambivalencia afectiva y elementos de angustia manifestados en las pruebas proyectivas para realizar las articulaciones pertinentes tomando como base la teoría psicoanalítica y explicando desde ella, las formaciones inconscientes de la madre hacia su hija.

Al analizar el caso clínico debemos darle especial importancia a las elaboraciones que la paciente realiza con respecto a las pruebas proyectivas, dentro de las cuales se evidencia una fuerte tensión pulsional que provoca un continuo malestar con respecto a su función materna. La pulsión de muerte descrita por Freud halla su objeto externo en la hija con parálisis cerebral, que se manifiesta en una fuerte corriente hostil hacia ella.

El aparato psíquico de la paciente lucha por mantener inconsciente esta pulsión mortífera que pone en riesgo la integridad del yo, puesto que hacerse consciente, implicaría

una desestructuración y una crisis difícilmente controlable al no poder enfrentar la realidad psíquica que vive a diario.

Dentro del discurso de la paciente al relatar la historia vital y ciertos momentos dentro de las sesiones terapéuticas, la ambivalencia de sentimientos que se percibe con respecto a su hija la coloca en una posición difícil de manejar. La paciente no logra comprender el sentimiento de hastío por su hija que a la vez ama y evita realizar cualquier tipo de comentario o alusión al tema por temor a ser juzgada y aceptar que ambos sentimientos coexisten dentro de ella y que es capaz de odiar y amar al mismo tiempo a su hija.

El hecho de que la hija de la paciente tenga parálisis cerebral nos obliga a tomar en cuenta variables en la relación madre – hija que no son considerados habitualmente en las relaciones con hijos regulares. Entre ellos, la imposibilidad de comunicación verbal y limitación de movimientos así como expectativas de independencia de estos niños, hacen que los cuidados requeridos sean mayores y en cierta medida más difíciles de realizar, además de prolongarse indefinidamente.

Actualmente, la sociedad tiene ciertos parámetros para determinar si una mujer es exitosa o no lo es, entre ellos el poseer un título profesional y ganar su propio dinero. Al tratarse de una niña con parálisis cerebral, la misma sociedad espera que sea la madre quien provea los cuidados necesarios para procurar el máximo desarrollo de sus capacidades haciendo que la paciente se sienta fuera de lugar pues los cuidados que su hija necesita, no permiten que pueda desarrollarse profesionalmente y cuando consigue un trabajo y delega a alguna otra persona los cuidados de la niña, se siente juzgada por no ser ella quien preste dichos cuidados.

A pesar de que la madre de la paciente no ocupa un lugar privilegiado en su discurso, cuando la nombra es generalmente para hacer referencia a algún tipo de presión o reclamo que esta le hace. La madre es quien juzga a la paciente su propio desempeño como madre y le recuerda constantemente una deuda que ella tiene con sus hijos y con la familia y que se siente obligada a cumplir y al mismo tiempo siente la necesidad de responder a las exigencias sociales, dentro de las cuales el empleo y un ingreso alto es fundamental para garantizar una vida exitosa (Welldon, 1993).

La paciente no se queja de su hija en su discurso consciente, aunque ella la aburre, la cansa, la fastidia y que no puede realizar las mismas actividades que realizaba anteriormente, estos pensamientos sólo fueron expresados luego de que la paciente tenía ya un buen tiempo hablando y no pensaba tanto en lo que decía.

Emprender nuevos proyectos y tener nuevas metas resulta casi imposible por sentirse limitada y asfixiada por la niña. Siente que la sociedad la observa y si llegase a comentar de alguna manera, el malestar que la aflige seguramente será juzgada. Piensa que la sociedad le prohíbe quejarse de su hija, pero esto no hace que los sentimientos hostiles hacia ella desaparezcan sino que retornen con mayor fuerza y causen mayor tensión.

Las sensaciones de hostilidad y las tendencias agresivas no dejan de luchar por hacerse conscientes y, en algunos momentos, la paciente fantasea con la muerte de su hija y con esta fantasía el temor que sus deseos se hagan realidad (pensamiento mágico) produciéndole sentimientos de culpa que deben ser expiados de alguna manera. La paciente no puede exteriorizar su agresividad así que su aparato psíquico busca la manera de liberar la tensión por distintos métodos que aparentemente nada tienen que ver con la corriente hostil, hará uso de ciertos mecanismos de defensa que le permitan continuar con su vida cotidiana aligerando la carga tensional. Por ejemplo, cuando se refiere a su hija como alguien “normal”, sin querer aceptar que probablemente no pueda caminar por sí sola en toda su vida, o que a la niña le sea imposible articular una palabra que de cuenta de su deseo propio.

Se perciben con claridad mecanismos como la racionalización, la negación y la formación reactiva. La paciente busca argumentos que oscilan entre lo lógico y lo mágico para la condición de su hija, por un lado se maneja con una explicación racional en la que localizar el motivo de la discapacidad de su hija atribuyéndola a una negligencia médica, mientras que por otro lado se aferra a la idea de que el abandono de su esposo y las lágrimas que no derramó por él influyeron en la condición de su hija. En el test de la familia y el dibujo libre se percibe la negación de la situación actual, tanto de su hija como de su familia y la formación reactiva se evidencia claramente en el discurso sobreprotector a pesar de sus sentimientos hostiles y mortíferos.

Es quizá esta contradicción entre la agresividad manifestada en las manos, el cabello, los perros, entre otros elementos dentro del HTP, las expresiones mortíferas de los relatos de las láminas 12 H y 18NM del TAT y el discurso de sobreprotección que la paciente mantiene en su vida cotidiana lo que más llama la atención. Toda la corriente hostil percibida por la paciente hacia su hija, se transforma en sobreprotección con el fin de mantener inconsciente este sentimiento y a pesar de todo, la sobreprotección o la hiperternura de la que nos habló Freud mantiene una base evidentemente.

Mientras la paciente hablaba la historia de su embarazo, el parto y los posteriores problemas médicos de su hija, el relato se tornaba angustiante, a pesar de ello, la señora parecía no darle mayor importancia; de hecho, lo relataba como si se tratase de algo natural en la vida de cualquier persona. Probablemente, había manifestado tantas veces la misma historia que perdió el tono emocional y se tornó en algo mecánico.

Solo cuando dibujaba podía colocarse en otra posición discursiva y decir que se encuentra cansada de su hija, que quisiera poder tener una vida normal, que siente vergüenza cuando la gente la mira en la calle. Una vez que terminaba de dibujar se contradecía o se justificaba.

Se puede decir que la paciente tiene necesidad de sobreproteger a su hija por las situaciones que vivió con su pareja. Ella tiene consciencia que su hija unió de nuevo su matrimonio y se convirtió en la piedra angular de su familia.

Su inseguridad, falta de confianza en sí misma, así como las experiencias pasadas le hacen pensar que si su hija llegase a morir, no existiría una razón lo suficientemente fuerte para que su esposo se quede con ella. De esta manera, el desear inconscientemente la muerte de su hija, además de traerle alivio y descanso, alejaría a su esposo, hecho angustiante para la señora.

Un punto importante en la vida de la paciente es su hijo menor, ella abiertamente manifiesta que la razón de ser de este niño es cuidar de su hermana una vez que los padres falten. La paciente tiende a buscar enfermedades inexistentes en su hijo, trata de identificar signos que le muestren la discapacidad que, según ella, su hijo puede tener.

Podría tratarse de la creencia que cualquier cosa que nazca o salga de ella no es buena. Piensa que hay algo mal en ella que hace que los niños no sean sanos y se culpa constantemente, se corrobora en el dibujo del árbol del HTP, donde los frutos están podridos.

Remitiéndonos a los resultados de las herramientas proyectivas, la historia vital de la paciente y las articulaciones que se han podido realizar entre este caso clínico y la teoría propuesta, se puede decir, sin duda que la culpa inconsciente por el cuidado de una hija con parálisis cerebral crea en ella una actitud de sobreprotección que encubre un deseo de muerte.

## Conclusiones

Si bien no es factible la generalización, pienso que la presente investigación es importante en tanto ofrece una perspectiva diferente sobre la dinámica entre madres e hijos con capacidades especiales, específicamente con aquellos niños que presentan parálisis cerebral por las dificultades que implica esta condición.

Esta disertación podría resultar impactante, por demostrar la manifestación de una tendencia agresiva de la madre hacia su hijo y la sobreprotección como una expresión de esta tendencia. Es importante mantener una posición abierta y receptiva ante lo propuesto en este trabajo que además de exponer un caso clínico específico invita a la reflexión.

Resultó un trabajo bastante interesante a pesar de los obstáculos que se presentaron sobre todo en la parte clínica, pues las resistencias que la paciente tuvo que elaborar hicieron que el proceso terapéutico fuera largo a pesar de que hubo una planificación inicial.

La idea de muerte es amenazante para muchos sujetos, el enfrentarnos con nuestros propios deseos y tendencias mortíferas pueden despertar rechazo, incompreensión y temor, sobre todo si el objeto de esta corriente mortífera se proyecta en alguien al que conscientemente amamos.

Los resultados arrojados por las herramientas proyectivas fueron de fundamental importancia para corroborar de la hipótesis inicial y ofrecieron guías sobre los conflictos que debían elaborarse dentro de las sesiones. Lamentablemente, al tratarse de una terapia breve, no pudieron ser abordados todos los temas, no obstante, se logró enfrentar a la paciente con la realidad de su hija y se consiguieron elaboraciones importantes.

La teoría psicoanalítica fue la adecuada para el análisis del caso clínico, y los conceptos utilizados dentro de la investigación han sido pertinentes para lograr una explicación de aquello que encubre la sobreprotección de un niño con parálisis cerebral por parte de su madre, y lo que tramita su psique.

En cierta medida las reflexiones teóricas a propósito de la sobreprotección podrían ser llevadas fuera del ámbito de la parálisis cerebral para tratar de explicar y comprender la



sobreprotección de niños regulares, siempre y cuando se tomen en cuenta las variables de cada sujeto.

El lugar en que la paciente ha colocado a su hijo menor con respecto a su hija con parálisis cerebral, nos permite cuestionarnos sobre y la función que cumplen los hijos nacidos luego de un niño con discapacidad invitándonos a realizar una investigación más profunda a propósito de este tema.

Esta investigación y sobre todo el trabajo realizado dentro de las sesiones terapéuticas cuestionan la identidad femenina en relación con la maternidad, puesto que la paciente mostraba un conflicto evidente entre lo que ella deseaba y lo que la sociedad le exigía.

## **Recomendaciones.**

Abrir un espacio para madres y padres de familia dentro de las instituciones donde se trabaja con niños que presentan parálisis cerebral así como otros tipos de con el fin de hacer más llevaderas las relaciones.

Dictar talleres o charlas enfocándose en la aceptación de los niños, dentro de los cuales se concientice que aquellos pensamientos y sentimientos hostiles hacia estos niños de condiciones especiales, a pesar de no ser agradables, o algo perturbadores son parte de los sentimientos de los sujetos y propio de las relaciones humanas.

Realizar una investigación más profunda sobre las madres y sus hijos con capacidades especiales pues existen diferencias importantes al trabajar con distintos tipos de discapacidad que no se han considerado dentro del presente trabajo.

Brindar información sobre las posibles repercusiones que los hermanos de niños con discapacidades podrían tener por la falta de atención de los padres y sobre las expectativas del cuidado de sus hermanos.

Abrir espacios para que los hermanos de niños con discapacidad puedan intercambiar sus experiencias y se les brinde información de cómo sobrellevar los deseos de sus padres colocados en ellos, además de hacer valer su individualidad y sus propias metas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Libros**

Aries, Philippe. (1977) *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.

Braunstein, Néstor. (2005) *El lenguaje y el inconsciente freudiano*. Buenos Aires: Siglo XXI editores. 4ta edición.

Cordié, Anny. (2004). *Doctor, porque nuestro hijo tiene problemas*. Buenos Aires: Editorial Nueva visión Argentina.

Dolto, Françoise. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

Flachier, Jorge (1989). *Auxiliar de psicología clínica*. Quito – Ecuador: Dirección Nacional de rehabilitación Social.

Freud, Anna (1980). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica

Freud, Sigmund, (1995). *Lo Inconsciente*. Obras Completas, Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 6ª reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *El malestar en la cultura*. Obras Completas, Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *Introducción del Narcisismo*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas, Vol. XVIII, Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Freud, Sigmund. (1995). *Tótem y Tabú*. Obras Completas, Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu, 6a. reimpresión.

Furth, Gregg M. (1992). *El secreto mundo de los dibujos*. Barcelona- España: Ediciones Luciérnaga, primera edición.

Imbriano, A. (2000) *Donde ello era*. Centro Editor Argentino. Buenos Aires.

Klein, Melanie. (1990). *Amor, culpa y reparación*. Obras completas Volumen I. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Lacan, Jacques. (1971). "Función y campo de la palabra". Escritos. México. Edit. Siglo XXI.

Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*, traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Paidós.

Laplanche, Jean. (1970). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Mannoni, Maud. (2008). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Mannoni, Maud. (2004). *El niño, su enfermedad y los otros*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Menninger, Karl. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Edicions 62.

Murray, Henry. (1959). *Test de Apercepción Temática (TAT), manual para la aplicación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Nietzsche, Friedrich. (2007). *La genealogía de la moral*. España: Edición íntegra. 3era edición.

Panés, Josep. (2012). *Lecturas Freudianas: la repetición*. Barcelona, España. CDIAP de Sant Boi.

Prieto, A. García. (1999). *Niños y niñas con parálisis cerebral*. Madrid: Narcea, S. A. De ediciones.

Welldon, Estela. (1993). *Madre, Virgen, Puta. Idealización y denigración de la maternidad*. Madrid: Siglo XXI editores.

### **Artículos en internet y páginas Web.**

Anónimo. (2012). *Ecuador incluye parálisis cerebral en políticas sobre discapacidad*. [Consulta: viernes 25 de enero de 2013 a las 17:45 pm.]

<http://www.espaciologopedico.com/noticias/det/4698/ecuador-incluye-paralisis-cerebral-en-politicas-sobre-discapacidad.html>

Anónimo. *Anna Freud y los mecanismos de defensa*. [consulta: martes 29 de agosto 2013 a las 16:55].

<http://www.slideshare.net/CyberTechCybertech/anna-freud-y-los-mecanismos-de-defensa>

Banús, LLort, Sergi. (2012). [Consulta: martes 13 de agosto de 2013 a las 12: 16 am.] en <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/significado-del-color-en-los-dibujos-de-los-nios/index.php>

Gonzales, José. (1997). *Sintonía y distonía en la afectividad masculina*. Compilación.[Consulta : domingo 3 de febrero de 2013 a las 9 : 40 am]

<http://www.libros.publicaciones.ipn.mx/PDF/1538.pdf>

Organización mundial de la salud. (2012). [Consulta: miércoles 23 de enero de 2013 a las 11:56 am]

<http://www.who.int/es/>

Vallejo, Juan. (2013). *Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad*. [Consulta: lunes 26 de agosto de 2013 a las 22:45 pm]

<http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/3805/3521>

Varios. (2013). *Origen de las palabras, Diccionario de etimología*. [Consulta: martes 17 de septiembre 14:56 pm]

<http://etimologias.dechile.net>

Vásquez, Adolfo. *Negociación, culpa y crueldad. De Freud a Nietzsche*. [Consulta: miércoles 23 de enero de 2013 a las 9:35 am.]

<http://lexicos.free.fr/Revista/numero9articulo2.htm>

## **Artículos**

Bleichmar, Silvia. (1991) *La pulsión de muerte*. Conferencia dictada el 27 de septiembre de 1991 en el marco de XIV Encuentro de discusión y IX Simposium organizado por la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Buenos Aires.

Cháves, Manzo María del Carmen. (2011) *Maternidad y paternidad: una reflexión desde el psicoanálisis*. (Cuerpo Académico de estudios sobre la infancia y adolescencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo)

Crivillé, Alberto. (1986). *Los profesionales frente a los padres que maltratan a sus hijos* (segundo congreso latinoamericano sobre maltrato al menor del 16 al 21 de noviembre Guayaquil-Ecuador)

Flores, Carola. (2012). *Sobreprotección infantil y sus consecuencias*.

# **ANEXO 1**

## TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA

### LÁMINA 1

“el niño tiene una preocupación en realizar sus tareas del colegio, utiliza una técnica para memorizar. Está tenso y preocupado, busca alguna forma de lograr captar más. (Es difícil, muy difícil!). Se prepara para ir a dar la lección a sus padres y a pedir ayuda para que le expliquen”

La paciente tiende ser complaciente con sus padres, constantemente busca su aprobación y reconocimiento en todas las actividades que realiza. Tiene dificultades para tomar decisiones por sí misma.

### LÁMINA 3VH

“una persona que ha sufrido bastante, y por la posición del cuerpo, parece alcohólica... cuando uno tiene sueño no se queda así. No se ve su futuro, es incierto. No se sabe si está llorando o tiene hambre, parece que no tiene hogar. No veo futuro.”

La paciente omite detalles importantes como el revólver, la posición del cuerpo es justificada por un elemento externo (alcohol) y no por algo que surja desde el interior (tristeza), tiene dificultades para asimilar aquello que causa dolor y le es difícil encontrar una salida a aquello.

### LÁMINA 3NM

“es una persona que se ve enferma, sufre de su enfermedad... igual que la otra el futuro es difícil. Ella está entrando... claro, ella entra a su hogar deprimida, entra a la casa desesperada e impaciente. Lo primero que hace es recostarse y descansar, esperando que un familiar le de cariño. Por la posición del cuerpo, necesita un abrazo... se la ve deprimida.”

El relato deja ver una fuerte proyección con su hija enferma, luego su necesidad de apoyo por parte de familiares y quizá sus sentimientos con respecto a la situación que vive todos los días,



hace referencia a una tristeza más profunda y una desesperación por unos minutos de descanso. Le es difícil visualizar un futuro, como si estuviese estancada en un presente absoluto.

#### LÁMINA 4

“esta foto está bien descriptiva!, ella le ruega al señor y el quiere huir, ella tiene cara de súplica. El mira a algo, a alguien que se va y ella quiere detenerlo a él. En un futuro... no parecen pareja, el es mayor a ella. El futuro ella siempre lo va a buscar, ella quiere una relación con él, pero él no está bien convencido.”

Esta respuesta es una mezcla de sus experiencias con su esposo y con su padre, el esposo quiere huir, pero ella le suplica que se quede. Ese alguien que se va y a quien el hombre mira, podría ser su hija, pues esta no tiene una larga expectativa de vida y en definitiva, es ella quien mantiene unida a la pareja. Luego dice que el hombre es mayor a ella y que siempre lo buscará, dando cuenta de una dependencia a su propio padre.

#### LÁMINA 5

“está con una ropa muy sexy para la época (jajaja), se le ve la pierna! Ella busca a alguien, entra a observar quien está en el dormitorio. Ella tiene cara de que quiere hablar con alguien que esté en ese dormitorio. Ella trabaja en algún tipo de trabajo medio <<especial>> y quiere hablar con alguna chica. Pide permiso para entrar y quiere conversar...”

La paciente vive con su madre en el mismo edificio, por lo general se siente invadido su espacio cuando ella entra a verla, la respuesta sugiere una búsqueda de acercamiento hacia alguien del mismo género.

#### LÁMINA 7NM

“la señora es la mamá de la joven. La señora le indica algo a la niña y están conversando sobre alguien... y le enseña algo. La niña obedece a su mamá. En un futuro ella... (Es difícil ver el futuro) le enseña a la niña a hacer alguna actividad de mujeres.”

Por lo general son las madres quienes enseñan a sus hijas a desempeñar el papel de esposas y madres, en el caso de la paciente, las expectativas de una maternidad regular se vieron truncadas por la parálisis cerebral de la hija, por lo que las actividades cotidianas no son compatibles con las actividades de su madre. Se percibe también cierta incomodidad por lo que las personas digan, vean o piensen sobre ella y la relación con su hija.

#### LÁMINA 8VH

“el chico está detrás de una vitrina con unas figuritas. El chico posa para la foto y hay una escopeta, parece que está en algún museo... la parte de atrás está horrible! Porque hay un asesinato, se ve un cuchillo en el estómago. No veo futuro peligroso porque el arma no es del chico y la imagen está de adorno ahí.”

Esta respuesta sugiere una perspectiva externa de la situación que la paciente vive, se evidencia un deseo agresivo dirigido hacia su hija, al mismo tiempo, culpa por ese mismo deseo, lo cual es compensado inmediatamente al decir “el arma no es del chico”, si su hija muere no será culpa de ella, pues serán factores externos los que incidan en su muerte.

#### LÁMINA 8NM

“la señora está pensativa, no está totalmente triste, de ley tiene algún problema... parece que espera a alguien y se encuentra sola. Parece que espera a su pareja.”

La paciente tiene grandes expectativas puestas en su pareja, necesita su apoyo y compañía, lo cual en ocasiones la abstrae de sus otras obligaciones. La hija hace la función de lazo entre la paciente y su esposo, por eso mantenerla con vida es fundamental para que la relación se sostenga, aunque a veces su atención se vuelca por completo en su esposo, haciendo que lo demás sea irrelevante.

#### LÁMINA 9NM

“una joven está con una chica y parecen ir a dar un regalo a escondiditas y trae algo que no sé que es, y la niña va corriendo. En el futuro la joven le va a entregar algo especial.”

Este relato proyecta una posible fantasía homosexual, con la cual la paciente se sentía cómoda, pero al responder a las exigencias sociales y familiares de escoger a un hombre como pareja, este deseo de mantener una relación homosexual se ve truncado y el momento en que su hija presenta una condición limitante, se genera un conflicto con la función materna que en un inicio podría no haberse encontrado dentro de sus expectativas.

#### LÁMINA 12H

“una persona que cuida de alguien enfermo... pero llega a darle un “descansa en paz”... una cura, digo...un cura!, la cuida pero se cansó y quiere que muera, para estar en paz... la persona que sufre! No el que lo cuida... pero le da miedo matarlo y se detiene. La persona está grave y va a fallecer de todas formas y la otra llega a darle sus últimas bendiciones.”

En este relato es evidente que la paciente hace referencia a los cuidados hacia su hija y los sentimientos actuales a propósito del mismo. Su hija está enferma y ella ha llevado muchas “curas”, pero en un momento se cansó y ahora necesita que muera para ella poder estar en “paz”, el deseo de muerte hacia su hija es a veces consciente, lo cual produce culpa y temor de llegar a hacerle daño, lo cual implica un esfuerzo extra tanto físico como psíquico, para controlar sus impulsos agresivos. Sabe que su hija va a morir de todas formas, lo cual produce angustia, quizá no por el hecho de que vaya a morir, sino porque tarde mucho tiempo en morir.

#### LÁMINA 13HM

“la chica está desnuda pero no se ve... a ver... por la foto no son matrimonio, la cama es pequeña, la cosa fue de una noche, el se levanta y se dispone a hacerse el desayuno pero la chica es de paso. No se ve nada serio. (Al inicio pensé que la mató)”

En esta lámina la paciente proyecta la forma en que se siente con respecto a la relación con su esposo, el hecho de que la haya abandonado años atrás, hace que ella no se sienta una persona valiosa y digna de mantener “en la cama” y mucho menos, una compañera de vida.

#### LÁMINA 13V

“una casa humilde. El pequeño espera que sus padres vengan de sus actividades. Está sucio y parece que no ha comido. Espera que llegue su mamá para darle de comer y no hay quien le cuide. Está solo.”

Su relato hace referencia quizá a sus sentimientos de infancia que se reeditan con su situación actual, por lo general ella espera que sus padres lleguen a la casa para preguntarles qué hacer con diferentes aspectos de su vida.

#### LÁMINA 15

“está en un cementerio. Es lánguido y triste, extraña a algún ser querido porque se pasea en el cementerio. Le da tristeza de alguien... él ha sufrido la pérdida de alguien y no puede superarlo y nunca se va a olvidar de esa persona y lo visitará... (Parece un vampirito)”

Esta lámina produjo un shock inicial en la paciente, luego de unos minutos elaboró la historia y en ella se percibe una cierta visión a futuro, quizá luego de la muerte de su hija, lo que ella quisiera sentir o como quisiera comportarse frente a ese hecho.

#### LÁMINA 16

“veo a mi pequeña familia, siempre juntos y dependiendo unos de otros. Mis padres alrededor nuestro, mi familia sobre todo. Sueño con mi hijo, tengo muchas expectativas de que el crecerá en su vida y verlo grande y que sea un buen hombre, y mi esposo... a pesar de todo que no nos separamos. Mi hijo de 20 años para verlo hecho un hombre. Siempre a pesar de todo hemos buscado ser felices, y nunca quiero separarme de él, ni de mis hijos. A pesar de que ha sido duro, es lo que nos ha tocado vivir... es el sacrificio de ser madre”

Esta lámina está conectada de una manera interesante con la anterior, pues en el relato se da mayor importancia al hijo menor de la paciente y no se nombra a la hija mayor sino hasta el final, probablemente porque en la lamina anterior, imaginó a su hija muerta, y su reacción frente a ese acontecimiento. Este es un relato en el que la paciente tiene expectativas idealistas sobre su familia, siempre juntos y felices a pesar de todas las cosas por las que deban pasar, incluyendo la pérdida de su hija, luego de lo cual la madre volcará su atención hacia el niño.

#### LÁMINA 17VH

“está sin ropa, está escapando... no de la cárcel, pero escapa de alguien que le quiere hacer daño y en un futuro quiere subir y sentir tranquilidad, porque así está preocupado.”

La paciente muestra una buena predisposición para resolver conflictos a pesar de sentirse encerrada en ocasiones, a pesar de que la subida por la cuerda representa más un huir que un ascender, es una persona fuerte y optimista que busca tranquilidad en su vida. El ir desnudo podría representar desprenderse de todo aquello que podría limitarla en su búsqueda de elaboración de conflictos.

#### LÁMINA 17NM

“un puente, un río calmado... parece. Hay una chica que mira como que quiere pasar alguien... se quiere suicidar, pero está soleado y es un lugar desolado. Hay un granero. No se... espera que pase alguien. Hay sol pero hay pena. Está esperando pero... se va a matar.”

El relato muestra una ambivalencia de sentimientos, para la paciente es duro lo que vive día a día y muchas veces siente que podría ser más de lo que puede soportar, sabe que no puede dejarse morir porque su hija aun depende de sus cuidados, pero ella siempre está esperando que alguien más la ayude a cargar con la responsabilidad que eso implica.

#### LÁMINA 18NM

“una señora adulta tiene alguien muy enfermo y necesita subirlo a la habitación. Necesita ayuda para levantarla. Ha llorado, está triste. La señora en un futuro... la que esta en sus brazos es minusválida... su mamá se preocupa y la cuida muchísimo, quisiera que nada la toque ni le dañe y necesita ayuda, porque si llega a caérsele en las escaleras.... Necesita ayuda.”

Es claro que en este relato se refiere a sí misma y a su hija, los cuidados que la niña necesita, son a veces excesivos, por lo que desesperadamente busca ayuda, está evidentemente triste por su hija y trata de protegerla en exceso, quizá con el afán de esconder los impulsos agresivos

hacia ella que se hacen evidentes con el miedo que siente ante la posibilidad de que se caiga de las escaleras. Es probable que necesite que alguien esté siempre con ella para actuar como barrera entre ella y su hostilidad camuflada en sobreprotección, alguien que regule el cariño excesivo y los impulsos hostiles.

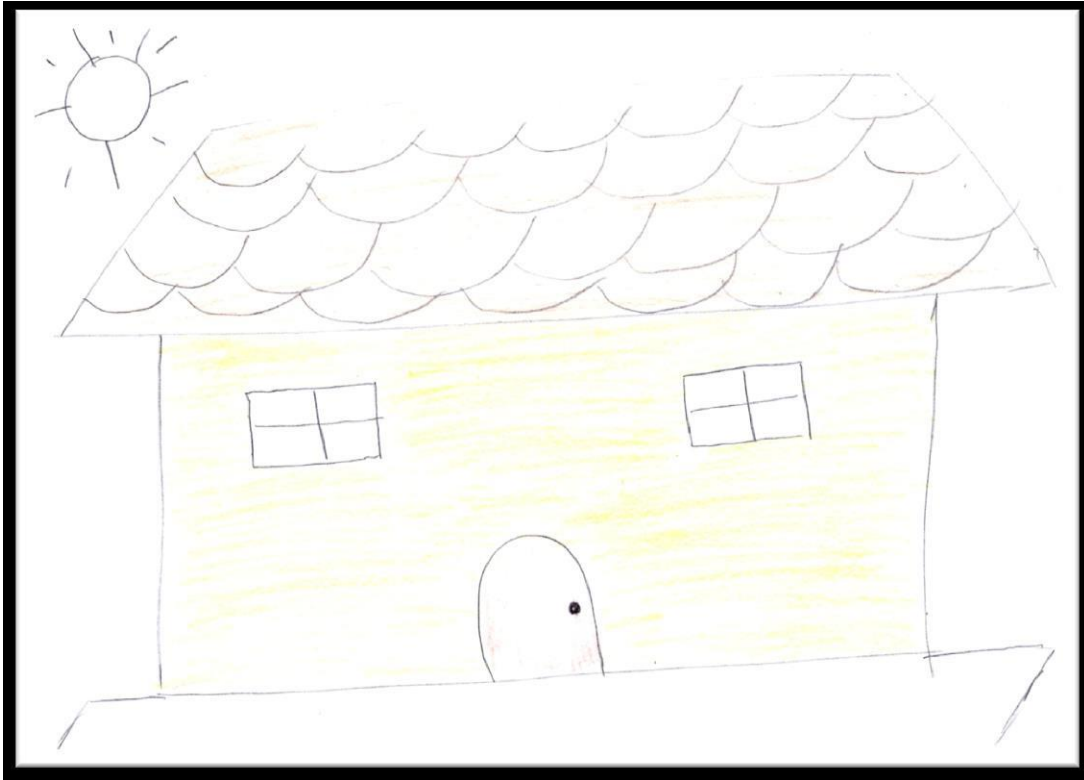
# **ANEXO 2**

## HTP

### CASA

Tiempo de latencia 3 segundos

Tiempo total 4 minutos



La paciente mostró una buena disposición al realizar el dibujo, constantemente repetía que el dibujo era algo que no se le daba bien, pero que pondría su mayor esfuerzo. Lo realizó más bien rápido y sin mayores dificultades, cuando terminó, dijo que estaba algo triste y que le gustaría que tuviera algo de vida “maquillarlo un poco”. No hizo borrones, si se mostraba insatisfecha con algún trazo, respiraba profundamente y continuaba.

Durante todo el tiempo que le tomo dibujar la casa, hizo comentarios esporádicos como “cuando estuve embarazada de mi segundo bebé, quería una niña, y me enojé con mi hijo por ser hombre”, entre otros comentarios relacionados con sus hijos, y su esposo.

Dentro de la hoja, en posición horizontal, consta una única figura de una casa grande, está centrada, indicando un ambiente posiblemente restrictivo, rigidez, tensión y sobre todo, una



evidente compensación. La línea de base y el sol, fueron trazados posteriormente, a petición del entrevistador, lo cual nos sugiere una necesidad de seguridad y apoyo.

La figura carece de detalles, el trazo es débil. sobre el techo amplio y con bordes sobresalientes, figuran unas tejas, sugiriendo una vida acentuadamente fantástica, además de un alejamiento de las relaciones interpersonales manifiestas, escrupulosidad y tendencias obsesivas. No tiene chimenea, por lo que su omisión indicaría una falta de afecto en el hogar<sup>1</sup>. La puerta es considerablemente pequeña en comparación con la casa, sugiriendo reticencia, inadecuación e indecisión, y el estar cerrada indica una actitud defensiva ante el exterior, así como los barrotes de las ventanas, sugieren cierta tendencia paranoide por temor a daños provenientes desde afuera.

En las paredes, el trazo se percibe con una acentuación mayor a la del resto del dibujo, lo que indica un esfuerzo, posiblemente consciente para mantener la integridad de yo, el hecho de que sean las paredes verticales de la casa las que presentan esta acentuación, sugiere poco contacto con la realidad, preocupación sexual bastante común en niños pequeños.

### **Colores**

**Naranja:** puede ser un reflejo de una situación de incertidumbre, en particular una cuestión de vida o muerte, también puede reflejar un debilitamiento, o la liberación de una situación peligrosa.

**Amarillo:** puede indicar que la vida de la persona está en peligro.

(Furth, 1992)

**Interpretación:** la situación familiar de la paciente se percibe como idealizada, de cierta manera, lo que ella trata de proyectar hacia afuera es poco fiel a lo que ocurre dentro del hogar. Las relaciones son percibidas como restrictivas, tiene muy poca libertad para realizar actividades fuera del hogar que le proporcionen placer, ya sea por el cuidado que debe a sus hijos, como a las explicaciones que debe a sus padres, ya que vive con ellos. Una figura

---

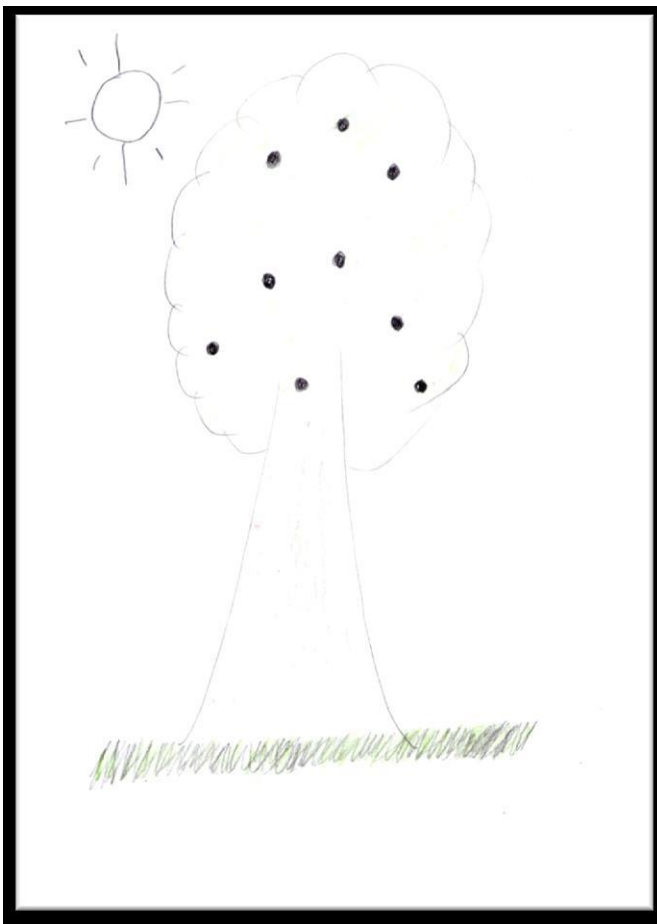
<sup>1</sup> La figura de la chimenea, podría obedecer a un contexto cultural. En Quito, son escasas las casas que tienen una chimenea, por lo que su omisión podría considerarse poco importante.

particularmente fuerte en la casa es su padre, a quien pone sobre todos los demás integrantes de su familia, es también una figura idealizada para ella, puesto que no puede encontrarle falla alguna. La mayoría de respuestas dadas en el interrogatorio, obedecen a una compensación casi absoluta sobre su situación familiar.

## ÁRBOL

Tiempo de latencia 2 segundos

Tiempo total 3 minutos 15 segundos



No tiene borrones, es simétrico, no tiene líneas sobre enfatizadas y las deficiencias son aceptadas con buen humor. La paciente se mostró colaboradora y entusiasta. Al realizar los dibujos, aceptaba sus errores sin problemas. Durante la elaboración del árbol hizo comentarios como “tengo dos perros, pero no pueden acercarse a los niños, pueden llegar a ser agresivos”

Es un árbol grande, lo que indica un ambiente restrictivo, tensión, compensación. Es simétrico sin serlo en exceso, sugiriendo orgullo, vanidad y afán de superar los sentimientos de inferioridad.

El tronco se encuentra del lado izquierdo de la hoja indicando aislamiento, restricción, organicidad, preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad y por eso necesidad de gratificación inmediata. La línea base fue trazada posteriormente, lo que da cuenta de una necesidad de apoyo, y cuando la línea es trazada, tiene formas lanceoladas, lo que nos lleva a pensar en una tendencia agresiva.

El árbol está inclinado hacia la derecha indicando presiones ambientales.

La copa del árbol tiene forma de nube, lo que indicaría fantasía, sus frutos dan cuenta de una fijación en la infancia o adolescencia, inmadurez, sugestionabilidad, ingenuidad, deseo de mostrar su capacidad, y en adultos poner en utilidad los resultados de una elaboración procesada. Es frondoso, sugiriendo una libido enérgica y pujante.

Con respecto a los frutos, son pequeños y es quizá su color negro lo que llama la atención, pues daría la impresión de tratarse de un árbol enfermo, el tronco tiene una base amplia indicando dependencia, corroborando la relación de la paciente con sus padres.

### **Colores**

**Verde:** Un ego y cuerpo sanos, crecimiento o nueva vida, como en el proceso de curación.

**Café:** Puede representar descomposición o deterioro, o una lucha contra las fuerzas destructivas y un esfuerzo por recuperar la salud.

**Negro:** puede representar o simbolizar lo desconocido. Las sombras negras suelen considerarse negativas, una proyección de ideas “sombrías”, una amenaza o temor.

(Furth, 1992)

**Interpretación:** este dibujo arroja varias pistas sobre conflictos de gran importancia en la vida de la paciente, sobre todo, cuando nos enfocamos en los frutos del árbol. Al ser este un árbol vivo, grande y fuerte, es lógico que ofrezca unos frutos de igual calidad, no obstante en el dibujo, el color de estos productos nos hacen pensar que no son aptos para el consumo, que hay algo mal con ellos y es justamente esto lo que la paciente percibe sobre sí misma. El

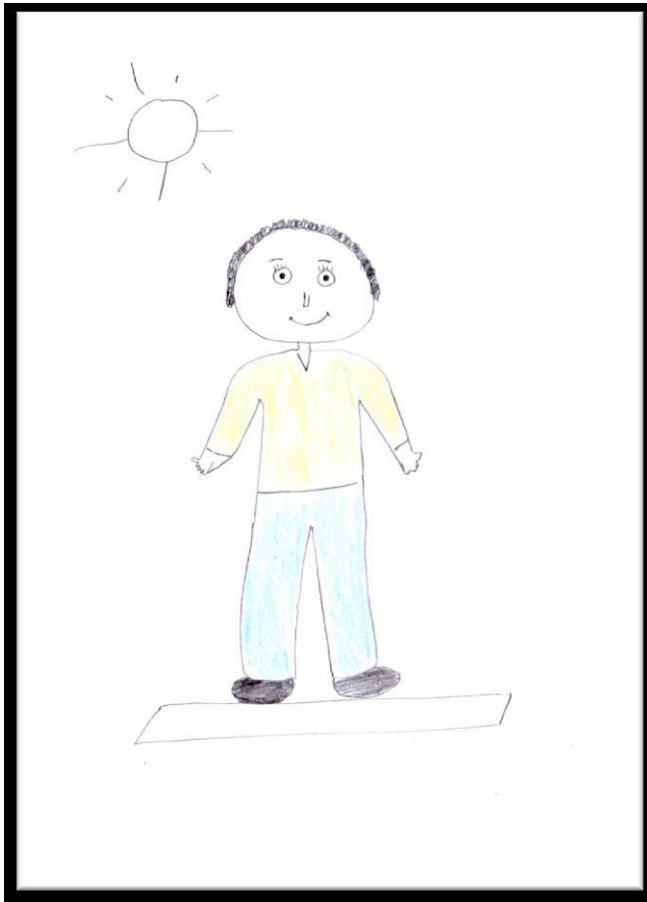
hecho de haber tenido una niña con parálisis cerebral, cuestiona fuertemente su capacidad para brindar al mundo frutos buenos. Elementos en el dibujo, nos dejan ver la fuerte dependencia hacia sus padres, probablemente sea la razón de que aun viva con ellos y dentro del interrogatorio, haga constantes referencias a ellos.

## **PERSONA**

**Primera figura: hombre** Tiempo

de latencia 3 segundos Tiempo total

5 minutos 57 segundos



No tiene borrones, acepta deficiencias con buen humor, la paciente se mostro colaboradora, hizo comentarios espontáneos como “espero a mis bebés para estar siempre con ellos”, “mi papá es el hombre de la casa, hace todo lo de la casa... mi esposo es el hombre de su casa, vivimos en el mismo edificio. Si le dije verdad?

La figura del hombre es mediana, vendría a relacionarse con la forma en la que la persona responde a las presiones ambientales, a sus progenitores o representa el ideal de sí mismo. El dibujo se encuentra más hacia la izquierda, suponiendo aislamiento, regresión, organicidad, preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad y necesidad de gratificación inmediata. La figura mira hacia el frente, indicando deseo de hacer frente a los problemas.

La línea base fue trazada posteriormente, indicando necesidad de seguridad, apoyo, ayuda.

El dibujo carece de detalles que es común en niños pequeños e indica aislamiento.

Los rasgos faciales son acentuados, lo que lleva a pensar en fantasía compensatoria de sentimientos de debilidad adoptando una imagen de yo agresivo y socialmente dominante. El cabello está representado por una línea curva continua y acentuada, indicando preocupaciones sexuales y posible dependencia materna, las cejas dan la impresión de estar levantadas, en un gesto de desdén, arrogancia y duda. La boca está representada por una línea curva hacia arriba, sugiriendo una simpatía forzada y búsqueda constante de aprobación, además esta acentuada indicando primitivismo, tendencias regresivas, temperamento depresivo y dependencia.

Los ojos tienen pestañas, indicando una posible homosexualidad latente, la mirada fija y los ojos bien abiertos sugieren tendencias paranoides, la nariz tiene forma fálica dando cuenta de una posible preocupación sexual.

Las orejas están omitidas en el dibujo, lo que nos lleva a pensar en una excesiva sensibilidad a la opinión social o resistencia a la autoridad, el cuello representa el vínculo entre el control intelectual y el impulso del ello, al ser corto sugiere mal humor, terquedad y una conducta guiada por impulsos.

Sus brazos están separados del cuerpo, lo que sugiere necesidades agresivas dirigidas hacia afuera, las manos tienen forma imprecisa y sus dedos en forma de sierra o lanza, indicando agresión abierta y un control obsesivo de la agresión, el pulgar de ambas manos son más largos indicando preocupación por hábitos masturbatorios.

En la figura, el pie izquierdo tiene mayor énfasis en el coloreado y da la impresión de encontrarse apoyado en la línea base, el pie derecho por el contrario, da la impresión de encontrarse levantado y girado hacia la derecha, además el énfasis en el coloreado es menor. Sus pies son pequeños en relación al resto del dibujo, indicando inseguridad y posibles deficiencias físicas en los pies, preocupaciones sexuales.

La cadera se diferencia del pecho por una línea divisoria reforzada ininterrumpida, da cuenta de una dificultad mental de distribuir el cuerpo en zonas, que produce una tensión irritante.

### **Colores**

**Verde:** Un ego y cuerpo sanos, crecimiento o nueva vida, como en el proceso de curación.

**Celeste:** puede indicar distancia, lejanía, el cielo celeste, una declinación, un alejamiento, contemplación.

**Negro:** puede representar o simbolizar lo desconocido. Las sombras negras suelen considerarse negativas, una proyección de ideas “sombrias”, una amenaza o temor.

(Furth, 1992)

**Interpretación:** el dibujo en sí, no arroja mayores luces sobre la percepción de la paciente sobre sí misma, es de hecho el interrogatorio posterior lo que nos permite articular los detalles del dibujo con la figura que representa, en este caso su padre. La figura del padre aparece constantemente en sus comentarios e intervenciones, se ve en el dibujo, como una figura poderosa, fuerte y decidida, la preocupación sobre la familia que este señor tiene constantemente, y a la que la paciente se refiere, hace que los ojos del personaje dibujado estén muy abiertos, vigilantes y atentos. La sonrisa de la figura es también, un elemento importante, la sonrisa fingida, la negación de lo que en realidad ocurre dentro de la casa es evidente en este dibujo.

La identificación con el padre es muy fuerte en la paciente, podría hablarse de un Edipo que constantemente se reedita y que hace que la paciente no pueda desprenderse de ese padre de la infancia que aun busca en su edad adulta.

**Segunda Figura: mujer** Tiempo de

latencia 2 segundos Tiempo total 4

minutos 20 segundos



La paciente mostro un poco de resistencia al realizar el dibujo de la persona correspondiente al mismo sexo, se quejaba constantemente de no poder dibujar correctamente las figuras femeninas. No realizo borrones y sus comentarios más relevantes durante la realización del dibujo fueron sobre todo sobre las dificultades que le representa dibujar mujeres y también hacía comentarios sobre su hija mayor.

La imagen de la mujer es más bien pequeña, dando cuenta de inseguridad, aislamiento, descontento, regresión, representa el concepto de sí mismo, sentimiento de pequeñez, inadaptación, inadecuación y sensación de rechazo, responde a las exigencias del medio con actitudes de inferioridad. Esta además ubicada del lado izquierdo de la hoja en posición vertical, cuya interpretación viene a corroborar lo anteriormente dicho, además de organicidad y preocupación por sí misma, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata. En relación con el observador, la figura está de frente, como deseando enfrentar los problemas.

La paciente omite la línea base a pesar de haberla solicitado, lo que indica una extrema sensación de inestabilidad e inseguridad.

El dibujo carece de detalles, lo cual es frecuente en niños y nos sugiere aislamiento, los rasgos enfatizados en el rostro indica fantasía compensatoria, el cabello largo y sombreado con poca delineación sugiere cierto conflicto de identificación sexual, lo cual tiene relación el que haya dibujado primero una figura opuesta a su sexo. Su boca es acentuada y curvada hacia arriba, indicando primitivismo, tendencias regresivas, temperamento depresivo y dependencia, además de simpatía forzada y búsqueda de aprobación. Los ojos son acentuados, grandes y se percibe estrabismo, sugiere tendencias paranoides y confusión de pensamientos. Su nariz es chata, indicando infantilismo, las orejas omitidas indican excesiva sensibilidad a la opinión social o resistencia a la autoridad.

El cuello es corto, lo que nos indica mal humor, terquedad y conducta guiada por impulsos, los brazos separados del cuerpo, de apariencia frágil sugieren deficiencia y debilidad física o psíquica, además de la necesidad agresiva dirigida hacia afuera. Sus manos son pequeñas con pulgares sobresalientes y dedos lanceolados en forma de garras, indicando agresión abierta, control obsesivo de la agresión y preocupación por hábitos masturbatorios.

Sus piernas son pequeñas y delgadas, frecuentes en personas con trastornos de desarrollo. Sus pies son proporcionales al resto de la figura, sin asentarse en alguna base. El tronco es redondeado con cintura de avispa, indica posibles tendencias homosexuales, el pecho no tiene marca de senos, que está relacionado con funciones nutricias.

La cadera es exagerada, sugiere una preocupación excesiva por el desarrollo pélvico y su cintura es una línea que divide la cadera del pecho, trazada al final y es apretada, dando la impresión de utilizar corsé, indica conflicto en el área sexual, (proyectada por dificultad de localizar con precisión el área sexual), además de un deficiente control emocional que puede conducir a arranques temperamentales.

## **Colores**

**Negro:** puede representar o simbolizar lo desconocido. Las sombras negras suelen considerarse negativas, una proyección de ideas “sombrias”, una amenaza o temor.

**Azul:** Puede significar salud, la corriente vital (“la fuente de la vida”) o energía



**Naranja:** puede ser un reflejo de una situación de incertidumbre, en particular una cuestión de vida o muerte, también puede reflejar un debilitamiento, o la liberación de una situación peligrosa.

(Furth, 1992)